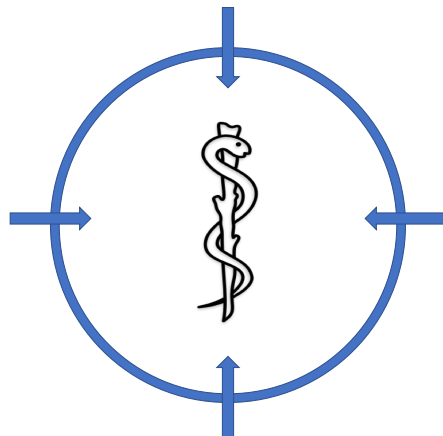


Master Public Governance **Masterprojekt**

Funktionssystemets Potentialisering i jagten på Public Value



Aflevering; 22. juni 2023

Vejleder; Kirstine Zinck Pedersen

Studerende; Christian Øystein Thomsen 124026

Anslag; 113.141

Indholdsfortegnelse

English Abstract	3
Indledning.....	5
Baggrund	6
Problemstilling	9
Problemformulering.....	10
Metode	11
Teori	17
<i>Luhmann og hans teori om funktionssystemer</i>	17
<i>Andersen og Pors og deres teori om potentialisering</i>	22
Den formelle institution	23
Den homofone velfærdinstitution	23
Den heterofone strategiske organisation	24
Den kommunikationsafsøgende organisation	24
<i>Benington & Moore og deres teori om Public Value</i>	26
Analyse og diskussion	28
Konklusion.....	43
Refleksion over teorivalg	47
<i>Perspektivering</i>	48
Litteraturliste	49

English Abstract

Over time the Danish society and health system has become increasingly specialized and under the influence of several different Societal Function Systems (SFS). This have, together with medical and technological gains, contributed to a complexity, where the organizations are in a constantly process of redeveloping and potentializing them self to meet the increasing demands from the public and the politicians.

With an aging population and a progressively demand of health services, the resources of the health system have reached a point where politicians have growing demands for “more value for the money”. This have forced the health system to pursue potentialization in their quest for creating Public Value.

This paper will focus on;

- Which functional systems apply in the current situation at department X?
- How is the potentializing organization an obstacle or strength for the creation of Public Value?

The project wishes to shed light on the complexity of the cross-pressure and the various considerations that exists in the healthcare system and its different SFS, and the influence it has on the decisions of its employees. Through theories of *Societal Function Systems* by Luhmann, *Public Value* by Moore and *Potentialization* by Andersen & Pors, a short observation study and 4 interviews conducted on a major university hospital, the problems will be elaborated further. The analysis revealed several SFS, but economics, law, professionalism and education were the dominant ones. The analysis also revealed themes like “noise-deafness” and a lack of overview in department X.

The many considerations to the SFS create a lack of overview of the department capabilities. Also, Political demands often try to make economics and law to the dominant SFS, and together with noise from the different SFS, this can unintentionally make the management in- or exclude systems, making the department blind for a dominant SFS and some of the possibilities there are for potentialization and creating of Public Value.

Education as a SFS is often dominated by economics or law, which gives problems with the training of junior doctors leading to problems for the Productive Capabilities of the department and production of Public Value on the short run. But it also leads to a loss of future competence and legitimacy from junior doctors to the management, leading to diminished future opportunities to create Public Value

As the potentializing organization thrive on the many communication options it also leads to a high degree of self-management. This puts high demands on the department management to constantly knowing what's going on at the self-managed. Otherwise, self-management can contribute to the lack of overview.

The lack of overview of competences has that consequence, that the department doesn't benefit full of waiting to connect to new communication, as its communication is limited by not knowing what options it has. Also, the department can have difficulties maintaining structures on earlier achieved Public Value, as it constantly potentially is on its way away from old structures.

Indledning

Kompleksiteten i det danske sundhedsvæsen er gennem de sidste mange år tiltaget i takt med øgede behandlingsmuligheder og et øget krav om sundhedsydelser fra befolkningen. Samtidig er der et politisk krav om at have et sundhedsvæsen i verdensklassen, der kan måle sig med de bedste i verden. De økonomiske ressourcer er dog ikke ubegrænset, hvorfor et af de mange krav til dagens sundhedsvæsen er at levere så meget sundhed som muligt for pengene.

Økonomisk optimering og patientbehandling er dog kun nogle af kravene til det danske sundhedsvæsen. Uddannelse, faglighed, forskning og en konstant udvikling er også hensyn (blandt mange andre), der skal tages i den daglige drift af sundhedsvæsenet. Dertil kommer de ufravigelige krav til udrednings- og behandlingsgaranti og ikke mindst ”patienten i centrum”, som sundhedsvæsenet også skal have in mente.

De mange krav og hensyn er mange og giver dagligt problemer på tværs af det danske sundhedsvæsen. Konflikter opstår dagligt pga. de forskellige krav og hensyn, som de forskellige organisationer og medarbejdere må adressere og løse intern mellem hinanden.

Kompleksiteten er udtalt og det kan være svært for de enkelte organisationer at finde ud af og kommunikere, hvilke krav og hensyn der dominerer og skal have lov til at dominere i dagligdagen. Det er projektets ønske at belyse kompleksiteten af de forskellige krav og det krydspres, som det danske sundhedsvæsen, dets ledere og de enkelte medarbejdere dagligt må tage hensyn til ved hjælp af Luhmanns teori om; *Funktionssystemer* (Andersen & Pors, 2018), herunder hvilke funktionssystemer der eksisterer og dominerer på en travl hospitalsafdeling i Danmark. Ligeledes forsøges kompleksiteten også belyst gennem teorien om *Potentialisering* (Andersen & Pors, 2014) og hvilke krav det stiller til en organisation som en hospitalsafdeling. *Public Value*-teorien (Bennington & Moore, Public Value, Theory & Practice, 2011) vil også blive inddraget, herunder muligheden for at skabe Public Value blandt alle de hensyn som der må tages blandt de forskellige funktionssystemer og en organisation, hvor potentialiseringen stiller særlige krav til organisationen om hele tiden at være omstillingsparat. Teorien vil blive understøttet af eks. fra en travl hospitalsafdeling i Danmark.

De forskellige teoris blik er ikke udtømmende for problemstillingen, men blot et af mange mulige.

Baggrund

Siden oprettelsen af de første statslige hospitaler i midten af 1700-tallet har det danske hospitals- og sundhedsvæsen været i en konstant vækst og udvikling. Særligt væksten de sidste 20-30 år er gået stærkt, hvor de statslige sundhedsudgifter pr. borger er steget med 35 pct. siden 2000, selv når der ses bort fra prisudvikling i perioden (Rasmussen & Kristensen, 2019). Væksten er drevet af en selvforstærkende cirkel, hvor den medicinske og teknologiske udvikling har medført, at der aldrig har været så store muligheder for medicinsk og kirurgisk behandling som i dag, hvilket har givet øget efterspørgsel af sundhedsydelser og medført en aldrende befolkning, som så igen har ført til flere udgifter i sundhedsvæsenet. Levetiden over de sidste 30 år er øget fra 72,1 år til 79,5 år hos mænd og fra 77,9 år til 83,6 år hos kvinder (DanmarksStatistik, 2021). Forventningerne til hvad den enkelte patient kan få af behandling, både fra patientens og politisk side, har også været støt stigende gennem de sidste årtier, hvilket igen driver den selvforstærkende cirkel.

De stigende udgifter i det danske Sundhedsvæsen og de politiske strømninger har gjort, at der politisk er kommet stor fokus på overholdelse af budgetter og udrednings- og behandlingsgarantier i det danske sundhedsvæsen, hvilket falder fint i tråd med den NewPublicManagement (NPM) tankegang, der delvis forsat findes i det offentlige sygehusvæsen, og hvor patienten delvis opfattes som en kunde, som skal serviceres og hvor ledelsen og effektivitet måles og vejes på flere forskellige delmål. Budgetstyring og overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantier er derfor blevet en opgave for alle sygehus- og afdelingsledelser, som skal prioriteres og hvor ledelse og effektivitet måles på flere forskellige punkter/delmål (outcome/output). Ligesom der er kommet krav om re-tænkning af arbejdsgange og patientforløb, i håb om det kan mindske eller føre til en opbremsning i de samlede sundhedsudgifter. Alle tiltag og behandlinger i det danske sundhedsvæsen skal kunne bidrage til øget "Public Value" (Offentligheden værdsætter noget og der bliver tilført værdi til den offentlige sfære) (Bennington & Moore, Public Value, Theory & Practice, 2011).

Der er derfor kommet fokus på at ændre indlæggelser til ambulante forløb, hvor forløbstankegangen (clinical pathways) med "patienten i centrum" er dominerende. Samtidig er der indført udrednings- og behandlingsgarantier og etableret patientforløb efter standardplaner, hvor patienten udredes, behandles og kontrolleres i henhold til national fastsatte tidsgrænser og faglige behandlingsmål. Internationalt og nationalt er det veldokumenteret, at standardiseret patientbehandlingsforløb har en positiv effekt på morbiditet, mortalitet og indlæggelsestid. Meget behandling er i dag også blevet

lagt over i ambulant regi, ligesom hjemmebehandling er vundet frem. Formålet er også at sikre et enkelt og trygt ambulant forløb for patienten i samme afdeling, samtidig med de enkelte afdelinger og sundhedsvæsenet opnår en økonomisk besparelse. Den initiale udredning og akutte behandling af patienten samt det post-operative forløb er også blevet optimeret med det formål at reducere antallet af komplikationer, indlæggelsestid og tiden til patienten vender tilbage til normal hverdag. Generelt er der øget fokus på forebyggelse af genindlæggelser og optimering af omkostningerne i sundhedsvæsenet for at få så meget sundhed for pengene som muligt (læs; bedre og flere behandlinger for færre penge og hospitalssenge).

Der er også tilført store budgetter til den generelle sygdomsforebyggelse, f.eks. i form af vaccinationsprogrammer (eks. HPV-vaccine til børnevaccinationsprogrammet), rygestop- og alkoholkampagner eller screeningsprogrammer (eks. bryst- eller tyktarmskæft).

Måleparameter som morbiditet, mortalitet og indlæggelsestid, viser da også at tiltagende virker. Indlæggelsestid i det somatiske sygehusvæsen er i perioden 2008-16 faldet fra 4,7 til 3,7 dage. Et fald på 21%. Samtidig steg antallet af sammendagspatienter med 36%, ligesom indlæggelser over 1 uge faldt med over 22%. Udviklingen ses for både for medicinske og kirurgiske patienter. Medicinske indlæggelser er forsat længere end de kirurgiske (1,3 dage), dog er indlæggelsestiden gennemsnitlige faldet mere for de medicinske end kirurgiske patienter (Hansen, 2017).

Samtidig er der sket en ændring i de styringsparadigmer, som har domineret sundhedsvæsenet de sidste mange år. NPM-tankegangen er ikke længere det eneste styringsparadigme, som der tales om. Den potentialiserende kommunikationsafsøgende organisation er i dag også styringsparadigme, der omtales. Samtidig spørger Public Value hele tiden i baggrunden. Samfundets udvikling med en tiltagende funktionel differentiering bidrager også til en langt større kompleksitet i samfundet end tidligere og taler ind i Luhmanns teori om funktionssystemer (Andersen & Pors, 2018), hvor samfundet er inddelt efter funktionelle systemer.

Kravene til sundhedsvæsenet og de forskellige funktionssystemer er således øget i takt med, at potentialisering er blevet en del af styringsparadigmerne i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet kan som organisation ikke længere kun knytte an til et enkelt funktionssystem som f.eks. ”faglighed”, sundhedsvæsenet må også forske, uddanne, forebygge etc. Samtidig skal det også tage hensyn til andre funktionssystemer som økonomi, patientrettigheder, forskning og uddannelse. Der opstår en afhængighed af bilaterale ydelser imellem de forskellige funktionssystemer, som kan føre til

konflikt mellem de forskellige funktionssystemer. Selvom der har været en tiltagende differentiering og specialisering i de forskellige organisationer, er de enkelte organisationer samtidig begyndt at overlappe på hinandens interesseområder (hospitalet uddanner patienten til sund livsstil eller skolen COVID-tester eleverne).

Den potentialiserende organisation bliver præget af inkomparable værdier, hvor der ikke eksisterer en overordnet værdi, som kan repræsentere samtlige funktionssystemer i organisationen. Det har den betydning, at et herskende funktionssystem i en organisation ikke længere kan garanteres sin position i organisationen, hvilket øger kravene til den enkelte afdeling og dens brug af de herskende enkelte funktionssystemer der eksisterer i afdelingen. Tilsvarende kan organisationen blive famlende omkring, i hvilket funktionssystem det skal hente det saglige præmis for en beslutning. Sundhedsvæsenet udfordres således af de krav, der er til samarbejde mellem de forskellige funktionssystemer, som der anskues igennem. Organisationerne må hele tiden vælge, hvilken funktionssystem den skal knytte an til sin beslutningskommunikation for at gøre sig mest mulig kommunikationsrelevant. Samtidig må organisationen have i mente, at ved at knytte an til et bestemt funktionssystem blænder organisationen for alternative forskelle, ligesom omverdens opfattelse af organisationen og dens beslutninger bliver forskellig, hver gang der ændres funktionssystem.

Således er sundhedsvæsenet og dets forskellige organisationer under et konstant pres for hele tiden at optimere og yde den bedste behandling, samtidig med at det skal knytte an eller gætte sig til politiske ønsker. Med sine beslutninger må sundhedsvæsenet hele tiden forsøge at øge Public Value for den enkelte patient og samfundet som helhed.

I 2007 udkom den daværende VK-regering med en ny plan for det danske sundhedsvæsen, hvor mere specialisering og samling af afdelinger og oprettelse af fælles akutmodtagelser skulle medføre skabelse af nye supersygehuse. Planen betød at nogle sygehuse skulle udbygges for at skabe disse supersygehuse, mens nogle mindre sygehuse skulle lukkes. Efter langvarige politiske forhandlinger blev der i 2010 enighed om placeringen af de nye supersygehuse, herunder at X hospital skulle være et supersygehuse med en ny fælles akutmodtagelse. Byggeri af en ny fælles akutmodtagelse og andre bygninger på hospitalsmatriklen blev påbegyndt i 2015. Efter flere forsinkelser blev bygningerne taget løbende i brug fra juni 2021.

Problemstilling

Med oprettelsen af supersygehus X, er de politiske økonomi- og opgavemål kun blevet mere synlige. Besparelser, omprioriteringer, ”patienten i centrum” og overholdelses af udrednings- og behandlingsgarantier, er derfor prioriteret opgaver for sygehusdirektionen, ligesom en større integration mellem den nye fælles akutmodtagelse og de forskellige subspecialers har skulle implementeres. Samtidig må direktionen forholde sig til et rekrutterings- og fastholdelsesproblem blandt sygeplejerskerne og de deraf afledte problemer. Det har bevirket at direktionen presser ændringer, opgaver og krave nedad i systemet til de enkelte afdelinger. Oftest er disse ikke konkrete eller specifikke nok, hvorfor det er op til de enkelte afdelinger at fortolke på sygehusdirektionens og de politiske ønsker, da der ikke har været konkrete mål at gå efter. Et konkret krav har dog været, at der må være fokus på drift/økonomi i den daglige drift. Afdeling X bliver således usikker på, inden for hvilket funktionssystem det skal hente de saglige præmisser for sine beslutninger, hvorfor den ikke vil binde an til beslutninger, der sikrer et herskende funktionssystem, hvilket hjælper til, at ledelsen taber overblikket i forhold til de underliggende opgaver i afdelingen. I disse situationer kan og vil de forskellige teams og medarbejdere i organisationen forsøge at påvirke opgaverne.

Traditionelt har afdeling X været team opdelt, hvor i der er opstået en udbredt selvledelse, da afdelingen har haft et ledelsestomrum grundet flere ledelsesskift de sidste 10 år. De enkelte teams har derfor profileret sig selv og lavet strukturer i afdelingen i favør for dem selv. Dette bevirker en suboptimal afvikling af opgaver og patientforløb i afdelingen, ligesom det bidrager til, at ledelsen ikke har et samlet overblik. Det gør, at de forskellige teams i det åbne og det skjulte nogle gange kan forsøge at påvirke eller ændre de forskellige strukturer og beslutninger der tages i afdelingen.

I sit daglige arbejde med at sikre drift/økonomi skaber ledelsen med sin styring også en ustyrlighed. En ustyrlighed, som sammen med det manglende overblik, skaber plads til den enkelte medarbejder, så denne frit kan hoppe ind og ud af de forskellige funktionssystemer, der eksisterer i afdelingen. Beslutninger der ikke er optimale, set ud fra andre funktionssystemer end de af ledelsen brugte, kan således omgås af den enkelte medarbejder. Beslutninger der i de enkelte situationer giver mening og værdi for den enkelte medarbejder eller patient, men som overordnet ikke skaber Public Value.

Som udgangspunkt kan det godt være, at planlægningen tager hensyn til de mange forskellige opgaver i afdelingen f.eks. drift, faglighed og uddannelse, men manglen på overblik og polyfonien i

de mange hensyn gør dog, at der kun skal få ændringer til, så som sygdom blandt lægerne, før flere talende funktionssystemer i en dagligdag bliver domineret af kun et enkelt funktionssystem.

Dette kommer bl.a. til udtryk når dagsprogrammet planlægges. Overordnet mangler der et overblik over kompetencer hos de enkelte læger, særligt blandt de yngre læger, hvilket kan afstedkomme en uhensigtsmæssig fordeling af arbejdsopgaver, der ikke tager hensyn til kompetenceniveauer.

Tilfældigheder kommer til at præge den formaliseret uddannelse i afdelingen, som bliver afhængig af, at enkeltpersoner arbejder i andre funktionssystemer end dem udstukket fra ledelsens side, f.eks. ved at rokere de enkelte læger rundt til de forskellige arbejdsopgaver på dagen.

Udrednings- og behandlingsgarantien kan give problemer for afvikling af opgaver i afdelingen, og betyde at særlige patientkategorier må prioriteres på bekostning af faglighed og uddannelse. Således kan lovgivning blive hæmmende for optimal udnyttelse af ressourcer og skabelsen af Public Value.

Ustyrigheden i systemet gør dog, at de enkelte læger til dels kan omgå garantierne og eks. lade faglighed eller uddannelse være det dominerende funktionssystem, hvorved organisationen alligevel ved enkeltpersoners indsats øger Public Value, på trods af at organisationen modarbejder sig selv.

Som ovenstående delvis illustrerer, gør afhængigheden mellem de forskellige funktionssystemer, at konflikter kan opstå mellem funktionssystemerne. Tilsvarende kan afdelingen blive usikker på, i hvilket funktionssystem det saglige præmis for en beslutning skal hentes, hvorfor kompleksiteten i beslutningerne øges. Denne kompleksitet er netop et af problemerne i afdeling X. For hvordan skal ledelse beslutte, hvilke funktionssystemer der skal knyttes an, når mulighederne for, men hensynene til anknytning er så mange? Og hvorfra skal ledelsen opnå legitimitet til sine beslutninger?

Med udgangspunkt i 4 interviews med læger og observationsdata fra morgenkonference fra afdeling X samt relevant teori af Luhmann, Andersen & Pors og Moore, ses der på de konstante krydshensyn mellem de forskellige funktionssystemer, som der er i en potentialiserende organisation som sundhedsvæsenet og som ikke altid skaber de optimale muligheder for god daglig planlægning. En planlægning der har stor indflydelse organisationens evne til at skabe Public Value.

Problemformulering

- Hvilke funktionssystemer gør sig gældende i den aktuelle situation på afdeling X?
- Hvordan er den potentialiserende organisation en hindring eller styrke for skabelse af Public Value?

Metode

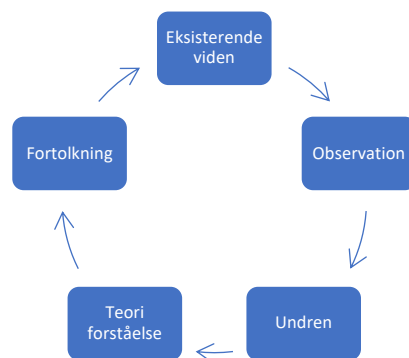
Indsamlingen af data skete i en kirurgisk afdeling på et større dansk universitetshospital dækkende et område på ca. 1/2 mio. indbyggere. Afdeling X har et årligt 3-cifret million budget og varetager dagligt behandlingen af et stort antal patienter, som indlægges med sygdomme i leveren eller mave-tarmkanalen. Der er et stort akut indtag af patienter, med f.eks. tarmslyng eller betændelsestilstande i leveren eller mave-tarmkanalen, ligesom afdelingen udreder og behandler godartet tilstande som brok eller galdesten hos elektive patienter. Udredning og behandling af patienter med kræft i mave-tarmkanalen varetages også i afdelingen. Således var der i 2022 >5000 unikke udskrivelser, >50000 unikke ambulante kontakter og >5500 operationer (inkl. dagkirurgi).

Opgaverne i afdelingen er fordelt på 4 teams med hver deres specialisering. Derudover er der en subspecialisering af de enkelte medarbejdere i de enkelte teams. Afdelingen er uddannelsessted for alle typer af sundhedspersonale, herunder medicinstuderende, yngre læger i uddannelsesstillinger, samt senior læger i fellowship-stillinger. Forskning fylder en del i afdelingen og der eksisterer flere forskningsgrupper i afdelingen, hvorfra der udgår en betydelig forskningsproduktion.

Der er således mange hensyn, som afdeling X må tage for at få en dagligdag fuld af faglighed til at fungere. Sammen med lange ventelister på behandling, den generelle mangel på sygeplejersker og et øget fokus på driften i afdelingen har det medført et pres for at behandle patienterne så hurtigt og effektivt som muligt. Afdelingen er således under et konstant krydspres for, hvilke funktioner der skal have lov til at fylde mest. Problematikken medfører dagligt en benhård prioritering som nogle gange afstedkommer uhensigtsmæssigheder.

I forbindelse med min Master-uddannelse har jeg stiftet bekendtskab med teorier, der har bidraget til at se problematikken fra flere sider. Interessen medførte, at jeg begyndte at interessere mig for krydspreset af hensyn og dynamikken bag nogle af de daglige beslutninger der tages i afdelingen. Jeg begyndte derfor at gøre observationer til de daglige morgenkonferencer, men også andre møder og blandt afdelingens interne kommunikation.

Tilgangen til mit masterprojekt blev en abduktiv tilgang (figur 1), hvor mine observationer, med udgangspunkt i min eksisterende viden, skabte en undren. Med en øget teoretisk viden og mine indsamlede kvalitative data har jeg i mit masterprojekt forsøgt at skabe en større forståelse for mine observationer og de iboende problematikker for netop at gøre min undren mindre ved med en teoretisk forståelse og forankring at skifte mellem begreber og fortolkning af empiri (Järvinen & Mik-Meyer, 2017).



Figur 1; Abduktiv tilgang

Med udgangspunkt i Luhmann og hans teori om *Funktionssystemer*, teorien om *Den Potentialiserende Organisation* af Andersen & Pors samt Benington & Moore og deres teori om *Public Value* begyndte jeg at danne mig et indtryk af nogle af problematikker i afdelingen, som jeg kunne tænke mig at belyse i mit masterprojekt. Primært var det tænkt at problematikkerne og teorien skulle understøttes af kvantitative data suppleret med kvalitative observationsdata. Ved yderligere fordybelse i teorien og problematikken kom en erkendelse af, at de påtænkt indsamlet kvantitative data ikke vil være af en kvalitet, som kunne understøtte mit masterprojekt sufficient.

Oftest skelnes der mellem kvantitative og kvalitative data inden for forskningen. Kvantitative data indhentes oftest ved skarpt struktureret standardiseret interviewundersøgelser, spørgeskemaer eller målinger og ofte generes der store mængder data, oftest tal eller data der kan reduceres til tal, og som der efterfølgende kan laves analyser og statistik på. Fortolkningsgraden er lav og generaliserbarheden og objektiviteten høj. Kvantitative data giver tal som bekræfter og bidrager til forståelse af problemet. Ulempen er, at data ikke giver en dybdegående viden om problemet (Järvinen & Mik-Meyer, 2017) (Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvalitative data stammer ofte fra interviews eller observationer og er karakteriseret ved, ikke at kunne gengives med tal, men ved at være beskrevet med eksempler. Oftest er data på baggrund af et lille empirisk grundlag. Fortolkningsgraden er høj og generaliserbarheden lav, ligesom data må kunne analyseres uden brug af statistiske modeller. Der er en anerkendelse af, at den objektive virkelighed ikke eksisterer og den enkelte person eller organisation konstruerer sin egen realitet. Kvalitative metode kan bruges, hvor der er et særligt ønske om at gå i dybden med et emne for bedre, at kunne forklare og forstå sammenhænge. Med åbne spørgsmål til interviewpersonerne og nuanceret svar fra disse eller andre observationer kan forskeren gennem transskriptionsmetoder

skabe sig en meningskondensering, som kan bidrage til at afdække sammensatte problemstillinger. Hermed kan en detaljeret forståelse af en problemstilling ud fra flere oplevede virkeligheder opnås. Der er fire krav til et kvalitativt forskningsstudie; 1) Der må være troværdighed omkring data, som skal rumme en sandhedsværdi. 2) Data skal være anvendelige og overførbare gennem kontekstualisering. 3) Pålideligheden af studiet hænger sammen med den stringens og konsistens som forskeren præsenterer læseren for i studiet. 4) Der må være transparens i forskningsprocessens forskellige overvejelser og valg. Den manglende neutralitet skal synliggøres. (Kvale & Brinkmann, 2015) (Høstrup, Schou, Poulsen, Larsen, & Lyngsø, 2009)

I forbindelse med erkendelsen af at mine observationsdata suppleret med kvantitative data ikke vil give materiale nok, valgte jeg at supplere med yderligere kvalitative data i form af 4 interviews med læger i afdelingen (1 overlæge, 1 afdelingslæge og 2 hoveduddannelseslæger på henholdsvis 5. og 2. år). Der var blevet reflekteret over valget af interviewpersoner og alle interviewpersoner var frivillige og blev lovet anonymitet før start af interviewet. Valget af interviewpersoner blev gjort for at få så stor aldersspredning blandt de fastknyttede læger i afdelingen, ligesom der blev valgt personer fra afdelingens forskellige teams. (Kvale & Brinkmann, 2015) (Kvale, 2011) (Coffey, 2014)

Da uddannelse fylder så meget i afdelingen, valgte jeg at interviewe 2 hoveduddannelseslæger fremfor yderligere interviews af flere afdelings- eller overlæger, da uddannelsesproblematikken også burde belyses ud fra de læger, som er i uddannelsesstillinger, da disse muligvis ville have et andet syn på afdelingens beslutnings- og teamstruktur end de fastansatte læger.

Ved at skulle studere min egen organisation og interviewe kollegaer har jeg skulle forholde mig til nogle dilemmaer. Jeg har måtte holde mig for øje ikke at udstille enkeltpersoner, ledelsen eller selve organisationen, hvilket heller ikke er meningen med mit projekt, hvor fokus er funktionssystemerne og de mange hensyn, som skal tages i afdelingen og det krydspres som dette resulterer i. Jeg var mig bevidst om det magtforhold, der kunne opstå mellem overlæge og uddannelseslæge, når disse blev interviewet, hvorfor der bl.a. blev valgt uddannelseslæger, som ikke havde direkte tilknytning til mit eget team. Placeringen af interview person og undertegnet var kun med et hjørne af bordet mellem os under selve interviewet, ligesom disse blevet lavet på "neutral" grund på hospitalet.

Før interviewene blev udført, blev der udfærdiget en interviewguide med 4 overordnede temaer, hvor udgangspunktet var ovenstående teori. Temaerne overlappede hinanden og interviewguiden var ikke mere rigid, end at der var gjort plads til supplerende og uddybende spørgsmål

(Hermanowicz, 2002) (Kvale, 2011; Kvale, Conducting An Interview, 2011). Selvom min tilgang til mit masterprojekt overordnet var abduktiv, kom interviewguiden og de supplerende spørgsmål til at bære præg af en vis deduktiv tilgang, hvor spørgsmålene delvis kunne være med til at understøtte nogle begyndende antagelser hos mig om dominerende temaer og rationaler i afdelingen.

To af temaerne havde baggrund i teorien om funktionssystemer, hvor det blev forsøgt at undersøge og afdække, hvilke funktionssystemer der eksisterer i afdeling X og hvilke der har betydning for de daglige beslutninger. Et andet tema gik på teams og den enkelte medarbejders mulighed for at påvirke beslutninger i den potentialiserende organisation. Det sidste tema omhandlede patient-læge forholdet og de hensyn der må tages i behandlingen af den enkelte patient for at skabe Public Value.

Alle interviewene blev foretaget ud fra en semi-struktureret tematisk tilgang, hvor de overordnet tema-spørgsmål blev fulgt, mens de supplerende og uddybende spørgsmål kunne variere fra interview til interview, alt efter hvad der blev svaret (Terry, Hayfield, Clarke, & Braun, 2017) (Frankel & Schmidt, 2013). Hvert interview varede mellem 30 og 42 min og blev optaget. Den efterfølgende transskription skete ved hjælp af Office 365.

Bearbejdningen af de transskriberede interviews blev gjort ud fra en Tematisk Analyse tilgang. Andre analysemetoder som Narrativ Analyse eller Grounded Theory (Järvinen & Mik-Meyer, 2017) havde været overvejet som analysemetode. Narrative Analyse beskæftiger sig med, hvordan hændelser er knyttet sammen i årsag-virkning og hvordan den enkelte person oplever disse og finder sammenhæng til eget liv ved at gengive disse hændelser. Altså at særlige hændelser tillægges en mening og sammenhæng. I Grounded Theory arbejdes der induktivt, ved at teorier udvikles sideløbende på baggrund af en løbende inklusion og indsamling af data fra interviewpersoner.

Grundet manglende erfaring med bearbejdning af kvalitative data og med min abduktive og til dels deduktive tilgang, blev det vurderet, at Tematisk Analyse var nemmere at arbejde med og fyldestgørende til dette projekt, hvorfor Narrative Analyse og Grounded Theory blev fravalgt. Ved gennemlæsning af interviewene blev passager fremhævet, tematiseret og kodet. Nogle af temaer og koderne var gennemgående for alle interviewene og har efterfølgende dannet baggrund for opgavens analyseafsnit. Det samlede kodeark og de transskriberede interviews blev gennemlæst flere gange, både struktureret og løst, og tilføjelser til det samlede kodeark blev gjort løbende. Ved de gentagende gennemlæsninger fremstod enkelte temaer mere tydeligere end andre; Faglighed,

drift/økonomi, uddannelse, styring, støjdv og manglende overblik. Særligt temaerne om konflikten mellem drift/økonomi og uddannelse og det manglende overblik over de samlede kompetencer i afdelingen kom til at fremstå tydeligere, jo flere gange kodearket og interviewene blev besøgt.

Der var temaer, som jeg havde forestillet mig, f.eks. forskning og fastholdelse, ville havde fyldt mere under de forskellige interviews, men hvor de forskellige temaer nærmest ikke blev nævnt, og man skulle læse mellem linjerne, for at kunne finde frem til temaerne i de forskellige interviews.

Støjdv er en tematisering af de henvisninger, som der er i de forskellige interviews, til forskellige eksempler på, hvor ledelsen og de forskellige medarbejdere i afdelingen ikke hører hinanden og de hensyn/rationaler der ligger forud hver beslutning, som der må tages i hverdagen.

Transskriberingsprocessen har således været en proces, hvor de forskellige interviews og kodearket er blevet besøgt flere gange. Hver gang er der dukket små ting og passager op, som jeg har kunne bruge i min analyse. Det har også betydet, at udfærdigelsen af projektet ikke har været en lineær proces, men en proces hvor jeg har hoppet rundt i afsnittene og tilføjet ekstra passager og citater, der kunne understrege mine pointer.

Kvaliteten af mine data kan diskuteres. For det første; Er datagrundlaget stort nok til at kunne lave en sufficient analyse? Datagrundlaget består kun af nogle observationsdata og ca. 2 ½ timers interview med 4 forskellige personer. Ved at øge antallet af observationer og interviews kunne det være, at temaerne kunne være blevet uddybet eller andre temaer kunne være blevet afdækket.

For det andet; Er kvaliteten af de forskellige interviews og der af data god nok? Set i lyset af, at jeg har beskeden erfaring med interviewstudier, er data-kvaliteten også deraf. Interviewteknikken vil sandsynligvis være blevet bedre, jo flere interviews jeg lavede, hvilket formentligt også vil have ført til bedre interviews med flere brugbare data. Selv om det er forsøgt, at stille åbne spørgsmål, kan det ikke udelukkes, at der ubevidst har været stillet ledende spørgsmål i de enkelte interviews. For det tredje; Kan man lave et studiet i egen afdeling, hvor relationen mellem interviewperson og interviewer muligvis kan indvirke på svarene og deraf data-kvaliteten? Ligeledes er der mulighed for at interviewpersonerne via deres egne refleksioner og holdninger giver en negativ eller positiv fremstilling af situationen i afdelingen.

For det fjerde; Var transskriberingsprocessen sufficient? Min manglende erfaring med transskribering gør, at der måske er nuancer, som jeg ikke fanger i de forskellige interviews eller som jeg kommer til at overfortolke eller oversætte forkert? Transskriberingen skete kort efter

interviewene og der kan derfor være sket en delvis sammenblanding af interviewet og min fortolkning af det hørte og set (f.eks. kropssprog og mimik).

For det femte; Var den tematiske analyse optimal? Er data blevet behandlet med nødvendig omhu, så de forskellige temaer i datasættet kommer frem? Er data blevet behandlet i for store temaer, så nuancerne i de små temaer er gået tabt? Er det overhovedet lykkedes at finde de temaer frem, som der er i datasættet? Er data blevet overfortolket, så det ikke kan holde eller understøtte analysen? For det sjette; Alt dataindsamling og fortolkning er sket ud fra egen erfaring og forståelse og kan således have medført, at jeg har været blind over for andre fortolkninger eller fænomener, som kunne have påvirket data og indsamlingen af disse. Objektivitet er tilstræbt og det er prøvet, at være så tro mod data som muligt.

Spørgsmålene og mulige kritikpunkter er mange. Dataindsamling og analyse af materialet er sket efter bedste evne og vil sandsynligvis i mere rutineret hænder have kunne bidrage yderligere til konklusionen.

Jeg mener dog, at mit studie lever op til de 4 krav, der er til kvalitativt forskningsstudie. Mine data er troværdige og kan fremlægges til understøttelse af analysen. Analysen understøttes af flere eksempler fra datamaterialet. Hele processen med studiet er beskrevet. Til- og fravalg i studiet er begrundet, ligesom det er forsøgt fremhævet, når neutraliteten brydes.

Teori

Da problemstillingen og -formuleringen tager udgang i 3 forskellige teorier (Luhmann; *Funktionssystemer*, Andersen & Pors; *Potentialisering* og Benington og Moore; *Public Value*), er teoriafsnittet for overblikkets skyld delt op i 3 dele, hvor de enkelte teorier gennemgås særskilt. Teorien om *Potentialisering* lægger sig til dels op ad teorien om *Funktionssystemer*.

Luhmann og hans teori om funktionssystemer

For bedre at kunne forstå den tyske sociolog Niklas Luhmann og hans teori om funktionssystemer, er det nødvendigt med en uddybning af Luhmanns tanker om iagttagelse og funktionssystemer og systemers tilblivelse og styring. Luhmann var interesseret i konsekvenserne af iagttagelse, og særligt hvilke konsekvenser iagttagelse igennem et bestemt funktionssystem havde, når der så ikke blev iagttaget gennem andre funktionssystemer og hvilke konsekvenser det fik for styring af systemer.

I følge Luhmann består verden af iagttagelser og iagttagelser bliver derfor et grundbegreb for Luhmann. Han definerer iagttagelser således; ”*En operation, der anvender en forskel til at indikere en side af en forskel og ikke den anden*” (Andersen & Pors, 2018). Der opstår således en markeret og en umarkeret side med relation til hinanden og det er netop forskellen, der er afgørende for, at det markeret kan ses. Iagttagelser består således både af det markeret og det umarkeret og forskellen herimellem.

For at kunne iagttage må iagttageren bruge en forskel, og det er forskellen, der kommer til at forme, hvorledes det markeret viser sig, men samtidig blive det også iagttagelsens blinde plet. Den blinde plet bliver det, iagttageren ikke kan se, mens iagttageren iagttager, nemlig den forskel, hvormed iagttageren iagttager. Samtidig med at en person iagttager med en forskel, kan personen ikke samtidig bedømme, om det at iagttage med præcis denne forskel er hensigtsmæssigt (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tækker, 2007).

For at en iagttager kan se sin blinde plet, må iagttageren derfor lave en ny iagttagelse, for at kunne iagttage forskellen. Det er, hvad Luhmann omtaler som 2. ordens iagttagelse, dvs.; ”*den operation, der iagttager en 1. ordens iagttagelses blinde plet, dvs. den forskel som en iagttagelse iagttager med*” (Andersen & Pors, 2018). En 2. ordens iagttagelse ser således, hvordan der ses, og hvad der med netop den forskel ikke kan ses. En 2. ordensiagttagelse er dog også en 1. ordensiagttagelse, fordi den netop ikke kan iagttage den forskel, hvormed den iagttager. 2. ordens iagttagelser har

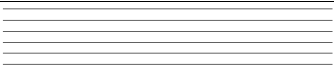
således også blinde pletter, og derved skabes der hele tiden nye blinde pletter, som vil udelade en del af verden. Netop fordi noget af verden udelades når verden iagttages, er det muligt at iagttage verden. Der må således være en afstand og adskillelse mellem verden og iagttageren (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tækker, 2007).

For Luhmann bliver det derfor afgørende at spørge om, hvem der iagttager med hvilke forskelle og hvad der udelades, når verden beskrives på en bestemt måde. Det intelligente system bliver et iagttagende system, der kan reflektere over sine egne blinde pletter og manglende viden, når systemet gør iagttagelser før en bestemt beslutningstagen. Luhmann definerede et system som; ”*Enheden af forskellen mellem system og omverden*” (Andersen & Pors, 2018). Det vil sige, at systemet skaber sig selv i en emergerende proces, hvor det hele tiden markerer en forskel til omverden og hvad der ikke hører til gennem en række af operationer. Systemets væren og løbende tilblivelse bliver en ubrydelig cirkel-proces, som drives af systemets egen fortsatte selvskabelse og ikke af et udefrakommende formål. Den emergerende proces er dynamisk og sikrer, at systemet hele tiden reproducerer og ændrer sig selv, samtidig med at det indarbejder omverdens uorden og støj. Luhmann omtaler dette (med inspiration fra Varela og Maturana) som *autopoiesis* (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tækker, 2007).

Når systemet arbejder, er det åbent over ny viden, men denne viden opstår kun, når systemet drager en forskel, der gør at systemet kan forsætte. Tidligere handlinger kommer derfor til at bestemme, hvornår noget er relevant som information for systemet. Erfaring kan ikke fralægges, ligesom en pågående kommunikation ikke kan stoppes og ny kommunikation begynde fra et nyt udgangspunkt. Et autopoietisk system påvirkes hele tiden af egne handlinger, hvilket medfører en konstant uforudsigelighed og ustabilitet, der leder til en ustyrlighed i systemet. Systemet bliver hele tiden til i en markering af forskelle mellem omverden og system, og der er ikke bestemte rationaler eller principper, der på kausal måde bestemmer, hvordan systemet udvikler sig eller agerer. En iagttager kan derfor ikke bare antage, at systemet er en stabil platform, men må antage at systemet konstant er i bevægelse og i gang med at blive noget andet, end det er aktuelt. Systemet bliver en multiplicitet af rivaliserende rationaliteter og selvbeskrivelser (Tækker, 2007).

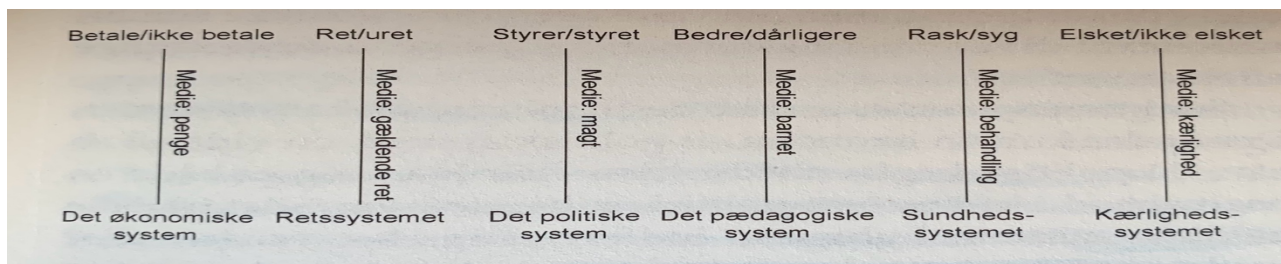
Luhmann argumenterede for, at differentieringen af samfundet bestemmes af den måde, hvorpå de sociale systemer adskiller sig fra hinanden ved at differentiere mellem omverden og system.

Ligeledes argumenterer Luhmann for, at samfundet, som et resultat af en konstant afprøvning af forskellige samfundsformer, har udviklet sig fra en segmentær differentiering bestående af ens delsystemer til en center-periferi differentiering over en stratifikatorisk differentiering til en tiltagende funktionel differentiering, hvor samfundet er inddelt efter en række ikke hierarkiske globale funktionssystemer (f.eks. rets-, sundheds- eller det økonomiske system), der er kendetegnet ved, at systemerne tilskriver sig selv en særlig funktion i samfundet, samtidig med at de er lukket kommunikativt omkring sig selv. Der er således sket en social differentiering, hvor de 4 systemer (figur 2) eksisterer side om side med den funktionel differentieringsform som den hyppigste, hvilket tillader en større kompleksitet i samfundet end tidligere. Differentieringsformerne ses også som underdifferentieringer i funktionssystemer som f.eks. det politiske system (stat, region, kommune) (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tækker, 2007) (Tække & Paulsen, 2010).

Segmentær differentiering	Ens delsystemer, f.eks. familier eller landsbyer	
Center-periferi differentiering	Center/periferi bliver en iagttagelsesledende forskel, og afstand til center bliver afgørende	
Stratifikatorisk differentiering	Differentieringen i ulige lag ud fra forskellige over/under	
Funktionel differentiering	Differentiering i uens delsystemer der hver især lukker sig om egen funktionstilskrivning	

Figur 2; *Dominerende differentieringsformer i samfundet* (Andersen & Pors, 2018)

Funktionssystemer (figur 3) er kendetegnet ved at være åbne sociale systemer, der grundlæggende er inklusive og hvor alle kan deltage. Der er dog ingen automatisk invitation eller inklusion. Den enkelte skal selv vil deltage og gøre sig kommunikationsrelevant over for funktionssystemet. Samtidig er funktionssystemer lukket funktionelt om sig selv, og bruger symbolsk generet medier i binære koder og de to værdier +/- . Eks. kan funktionssystemet *Sundhed* bruge *Behandling* som medie og den binære kode *Rask/Syg*. De symbolske medier er generelle, forstået på den måde, at medierne kan benyttes til kommunikation om hvad som helst uden at være bundet af en enkelt situation og Sundhed kan derfor også kommunikeres i mediet *økonomi* og den binære kode *Rask/Syg*. Men da funktionssystemer bruger hver deres kode og der ikke eksisterer en tredje værdi og en overordnet fælles kode, kan de enkelte funktionssystemer ikke kommunikere med hinanden internt. Sundhed kan derfor også kommunikeres i mediet *økonomi* og den binære kode *Rask/Syg* (Andersen & Pors, 2018) (Andersen & Pors, 2014) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007).



Figur 3 Funktionssystemer og deres medier og koder (Andersen & Pors, 2018)

Den enkelte organisation, som er lukket socialt, men åben på funktionsdimensionen, kan således anskue hele omverden ud fra de forskellige funktionssystemer, medier og koder som den knytter an til. Organisationens kommunikation bliver således formet af dens forskellige anknytninger. Hvis der sker en ændring af koden eller mediet, vil indholdet af kommunikationen også blive forvandlet og således også dennes mulige forsættelse. Hvis funktionssystemet *Sundhed* ændrede medie og kode fra; *behandling* og *Rask/Syg* til; *penge* og *behandling/ikke behandling*, vil den forsatte kommunikation blive helt anderledes.

Funktionssystemer er også globale systemer. Det vil sige, at en handling er en begivenhed i både det globale funktionssystem og dets subsystem. Et særtræk ved det funktionel differentieret samfund er, at alt kommunikation foregår gennem et globalt samfundssystem, der inkluderer alt menneskelig kommunikation. Således kan nationalstaten blive en hindring for at se verdenssamfundet som det er (Andersen & Pors, 2018) (Andersen & Pors, 2014) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007).

I Luhmanns optik er alt kommunikation en treenighed; information, kommunikationsform og forståelse (Hvad skal kommunikeres, hvordan kommunikeres det og hvordan skal kommunikationen forstås?). Kommunikation bliver kun til kommunikation, hvis det forstås (eller misforstås) og der knyttes ny kommunikation til. Det er således en bagudrettet handling. Ligeledes kan kommunikation aldrig kun bestå af en aktør. Forståelsen af kommunikationen må altid ske af en anden aktør end den kommunikerende aktør, før kommunikation kan opstå (Andersen & Pors, 2018) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007).

Med muligheden for at kommunikerer i forskellige systemer, opstår der en øget individuel frihed. Den enkelte person ses ikke længere i kraft af sin position i det segmentære samfund eller sin status i det stratifikatoriske samfund, men som et enkelt individ i det funktionel differentierede samfund. Men den øget individgørelse opstår der også et øget krav til kommunikation for det enkelte individ.

Selvom de forskellige funktionssystemer er åbne socialt, er det ikke sikkert, at det enkelte individ inkluderes, hvis ikke det gør sig kommunikationsrelevant. Således risikere individet eksklusion for øvrige funktionssystemer, hvis individet ikke kan gøre sig kommunikationsrelevant. Antagelsen af inklusion af alle individer er grundlæggende i det funktionel differentierede samfund, men samtidig ekskluderes mange individer, fordi de ikke opfylder de enkelte funktionssystemers inklusionskriterier. Eksklusion af det enkelte individ fra samfundet betyder ikke kun tab af eks. uddannelse eller økonomiske muligheder, men også individets tab af sprog og kommunikationsmuligheder (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007) (La Cour, Waldorff, & Højlund, 2017).

Med opståen af systemer og systemer i systemet er der også opstået et behov for styring. Luhmann er som udgangspunkt ikke styringsoptimist, da han mener, at styring medfører ustyrlighed. Styring kan ikke forudsættes som en mulighed, da systemet ikke kan forudsætte at vide, hvad styring er. I klassisk styringsteori er systemer bygget op omkring simple årsag-virknings-mekanismer, hvor styring løbende kan justeres ved, at man indhenter erfaring med styring af netop det system. Det mener Luhmann ikke er muligt, da systemer er sociale systemer, hvor der netop er flere muligheder for, at hver eneste operation fortsætter sig selv, da der er overskud af muligheder. Med tilknytning til en mulighed opstår der hele tiden andre muligheder for nye anknytninger og så fremdeles. Og da systemerne ikke afventer hinanden, bliver det funktionel differentieret samfund principielt ustyrligt (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007).

Ændringer kan på lang sigt ses, men er mere en konsekvens af systemets evolution end af styring. Luhmann opsummerer sine tanker om styring i to sætninger;

-”Mere styring vil samtidig medføre mere ustyrlighed”.

-”Valget står aldrig mellem styring eller kaos, men mellem forskellige former for ustyrlighed” (Andersen & Pors, 2018)

Andersen og Pors og deres teori om potentialisering

De sidste 100 år har den offentlige sektor og herunder sundhedsvæsenet bevæget sig fra en forvaltning præget af; *bureaukrati* til en; *sektorforvaltning* over en; *supervisionsforvaltning* til nu en; *potentialitetsforvaltning*. Udviklingen er kumulativ og de enkelte forvaltningstyper findes i dag i en sameksistens i den offentlige sektor. Samtidig har den enkelte organisation i det offentlige bevæget sig fra; *den formelle institution* til; *den homofone fagligt ansvarlige institution* over til; *den strategiske organisation* til nu; *den potentielle organisation* (Andersen & Pors, 2014) (Rennison, 2010) (Andersen & Pors, 2022) (Andersen, 2020).

Andersens og Pors tese er, at de forskellige velfærdsorganisationer bliver påvirket af flere koder over tid. I den formelle bureaukratiske organisation bliver den primære kode ”rettens”. I takt med udviklingen af sektorforvaltningen og den homofone faglige organisation vinder den substantielle ret frem. Det vil sige, at udover ”rettens” kode kobles der til et andet funktionssystem, dikterende for organisationens logik og funktion. Med etableringen af den heterofone strategiske organisation og supervisionsforvaltningen kommer den refleksive ret. Organisationen kan nu formulere flere formål, samtidig med at den har tilknytning til flere funktionssystemer, uden det dog er givet, hvilken kode der har primat. Organisationen er udfordret af hele tiden at afveje hensyn mod hinanden og et helhedssyn eksisterer ikke. Til sidst opstår potentialitetsforvaltningen og den hyperrefleksive kommunikationsafsøgende potentialitetsskabende organisation, som er domineret af hybridretten. Udviklingen betyder, at den kommunikationsafsøgende organisation hele tiden må tænke nyt og ”ud af boksen” i dens jagt på forbedringer og optimeringer, hvilket medfører en konstant overskridende af praksisser og vaner. Funktionssystemerne bliver et reservoir af muligheder for organisationen at prøve sig selv af i. Komplexitet skal produceres, ikke reduceres, da det betyder muligheder. Det har medført øget krav til de forskellige funktionssystemer i organisationen, ligesom organisationen udfordres af de krav, der er til samarbejde, alt efter hvilke funktionssystemer der anskues igennem (Andersen & Pors, 2014) (Rennison, 2010) (Andersen & Pors, 2022) (Andersen, 2020).

En del af Andersens og Pors tese er også, at i takt med samfundets udvikling er der kommet flere velfærdsorganisationer til, hvor den enkelte institution har udviklet sig fra den formelle institution til den potentielle organisation. I den udvikling er flere og flere funktionssystemer blevet koblet til den enkelte institution, hvorved den interne kompleksitet er blevet øget. Da flere funktioner og koder i samme sag kan gøre sig gældende samtidig, bliver det også åbent, hvordan de forskellige

funktionssystemer kobler sig internt. De forskellige funktionssystemer bliver en ressource, til konstant at kunne stille og besvare et velfærdsspørgsmål med kontingens.

Når der ikke længere er en givethed imellem et bestemt funktionssystem og organisationen, bliver det også sværere for organisationen at fremdrage et saglige grundlag for en beslutning, hvorfor de forskellige funktionssystemer kommer til at fungere som et arsenal af saglige og ikke saglige præmisser for organisations beslutninger. Dvs. at i den kommunikationsafsøgende organisation er det ikke muligt at udpege det primære funktionssystem, som skal danne baggrund for den saglige præmis i en beslutning. Den saglige præmis kan således blive kompromitteret af andre funktionssystemer og det kan blive nødvendigt at se bort fra andre saglige argumenter. Balancen for beslutninger er rykket fra et grundfast værdigrundlag til et mere løst funderet værdigrundlag, hvor sagligheden først bliver tilsat, efter beslutningen er truffet, da organisationen vægrer sig mod at knytte an til beslutninger i frygt for at miste muligheder for anknytning til anden side. Der ønskes plads til at undersøge præmisseffekterne, hvorfor organisationen hele tiden gør til- og afkobling af funktionssystemerne muligt, så kommunikationspotentialet er størst muligt. Organisationen må hele tiden holde sig kommunikationsrelevant (Andersen & Pors, 2014) (Rennison, 2010) (Andersen & Pors, 2022) (Andersen, 2020).

Nedenstående er en beskrivelse af, hvordan organisationerne i det offentlige har udviklet sig fra; *den formelle institution over; den homofone fagligt ansvarlige institution og den strategiske organisation til; den potentielle organisation.*

Den formelle institution

I den formelle institution er forudsætningerne retslig defineret, hvorfor den bliver fremmedrefererende. Den retslige kode har primat og bliver definerende for organisationens præmisser, beslutninger og selvbeskrivelse. Substantielle spørgsmål er politiske spørgsmål, hvor diskussionerne ligger i det politiske system og resulterer i klart defineret rammer for organisationen, hvor de eneste hensyn er de retlige (Andersen & Pors, 2014).

Den homofone velfærdinstitution

Organisationen bliver nu, udover rettens funktionssystem, koblet til et bestemt funktionssystem i forhold til dens specifikke funktion i samfundet. F.eks. kobles hospitaler til funktionssystemet sundhed. De bliver til homofone organisationer, domineret af et formål, en faglighed og et

funktionssystem med en kode, hvor den monofunktionelle selvbeskrivelse bekræfter den enkelte velfærdsorganisation som løsningen på problemer i et særligt funktionssystem. Udfordringen bliver at håndtere forholdet mellem funktionssystem, organisation og ret, hvilket ofte bliver et spørgsmål om professioners autonomi. Med organisationens mulighed for at koble til et andet funktionssystem end retten, kan konflikt opstå mellem rettens og ikke-retslige perspektiver (Andersen & Pors, 2014).

Den heterofone strategiske organisation

Med samfundets udvikling og velfærdsinstitutionernes selvstændiggørelsen bliver de til heterofone strategiske organisationer med selvbestemte målsætninger. Organisationerne får og tillægger sig selv flere opgaver med forskellige funktioner og formål, hvorfor de til dels er selvprogrammerende. Fire eller flere forskellige hensyn må balanceres; økonomi, ret, den primære og en eller flere andre velfærdsfunktioner. Og pga. den tiltagende differentiering i samfundet og systemerne bliver organisationerne parasitter på hinandens interesseområder (eks; skolen tester for Covid-19).

I den heterofone organisation er der en flerhed af funktioner, fagligheder og hensyn til disposition. Problemer og løsningsmuligheder ses forskelligt, når der skiftes hensyn og faglighed, ligesom anknytningen til de forskellige funktionssystemer er løs, da der ikke er valgt en præmishorisont og der er flere perspektiver på den enkelte problemstilling og situation. Det tidligere primære funktionssystem er ikke længere en selvfølge, hvorfor kernefagligheden kan forsvinde til fordel for andre funktionssystemer som f.eks. økonomi (Djøfisering). Den saglige præmis kan blive uklar, men når præmissen er fastlagt, er det klart, at alle andre saglige funderinger og hensyn er afvist. Alt efter hvilken kode organisationen iagttager sig selv i, vil den se forskellig ud, og der bliver således ikke et sted i organisationen, hvor ledelse kan repræsenteres i sin helhed, da ledelse altid sker med anknytning til en bestemt kode (Andersen & Pors, 2014).

Alle velfærdsinstitutioner skal på en gang være alt, hvorved den heterofone organisation selvbeskrivelser bliver multiple. De institutionelle enhedstræk er i langsom opløsning.

Den kommunikationsafsøgende organisation

Med den hyperrefleksive kommunikationsafsøgende potentialitetsskabende organisation ses heterofonien ikke som en udfordring, men som et reservoir af muligheder, hvor igennem den enkelte organisation kan eksperimentere med sig selv. Funktionssystemerne vil kommunikere hyperrefleksiv og deres interne afhængighedsforhold bliver komplekse, mangfoldige og ubestemte

af natur, hvorfor der bliver et øget behov for horisontalt og tværsektorielt orientering i samfundet og organisationen.

Hyperrefleksion, differentiering og subspecialisering inden for de enkelte funktionssystemer bliver mere udtalt og gør disse endnu mere afhængige af hinanden, samtidig med at afhængigheden bliver svære at håndtere. Samtidighedsproblemet radikaliseres også, da planlægning bliver vanskeligere, da alle funktionssystemer må handle samtidig. Tidligere var fremtiden gjort til mulighedernes rum af funktionssystemerne. Det er ikke længere muligt, da fremtiden ikke er fremtiden, men kun et billede der bygger på fortidens erfaring, hvorfor det er forbundet med risiko at stole på fremtiden. Samtidig er tempoet i samfundet skruet gevaldig i vejret, hvilket kun bidrager til at øge samtidigheds- og differentieringsproblemet (Andersen & Pors, 2014).

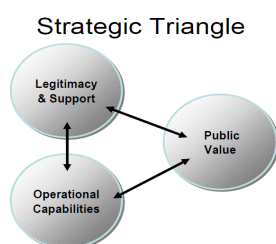
Med den kommunikationsafsøgende potentialitetsskabende organisation er det ikke længere muligt for de enkelte velfærdsorganisationer at vende tilbage til kun en faglighed, ligesom det er utydeligt, hvad denne faglighed er. Kerneopgave kan ikke længere klart defineres, da der konstant må tages hensyn til flere funktionssystemer på en gang.

Bennington & Moore og deres teori om Public Value

Sidste del af teori-afsnittet omhandler teorien om Public Value, som først blev lanceret af Moore og siden udbygget af andre teoretikere, bl.a. Bennington.

Det er i dag et politisk krav til alle offentlige organisationer, at de i samfundet udfylder en særskilt rolle, som andre organisationer ikke kan udfylde, samtidig med at den enkelte organisation skaber værdi for samfundet. Dette gælder også i sundhedsvæsenet, hvor der med politiske beslutninger og indtoget af NewPublicManagement og andre styringsredskaber, er opstået et kunde-serviceforhold mellem patient og sundhedsvæsen, hvor værdi og effektivitet måles på diverse forskellige delmål. Bennington tolker således Moore's begreb om Public Value som; *Handlinger og løsninger som offentligheden værdsætter og som tilfører værdi til den offentlige sfære*. Så ved at sundhedsvæsenet for færre penge kan tilbyde bedre behandling, øges Public Value (Bennington, 2009).

Moore arbejdede med den strategiske trekant (figur 4), hvor det for at opnå Public Value også er nødvendigt, at Produktive Capabilities og Legitimacy og Support er på plads. Hvis ikke begge er til stede, bliver det meget svært, hvis ikke umuligt at skabe Public Value. Produktive Capabilities repræsenterer her udstyr, faciliteter, viden og ikke mindst det korrekte personale, mens Legitimacy og Support betyder, at der politisk og i den offentlige sfære, samt ikke mindst i de enkelte organisationer (både blandt ledelse og medarbejdere), må være støtte og opbakning til de tiltag og opgaver, der skal skabe Public Value. (Bennington, 2009) (Moore, 2000) (Agger, 2017)



Figur 4; Moore's strategiske trekant (Bennington, 2009)

Definitionen af Public Value og værdiansættelse af ting bliver således et politisk og socialt forhold, hvor målet bliver at kvantificere kvalitet, for på den måde at skabe en målbar enighed, der kan skabe relation mellem ting (f.eks. en ny kørestol; Skal den have lang holdbarhed, være god at sidde i eller let at flytte rundt på?). Relationen kan være svær at skabe, da kvalitet er forskellig for person til person, men når det lykkes, gør det de fremtidige diskussioner og prioriteringer nemmere, da man nu har et fælles sprog. Afvejning af værdiansættelse og kvalitet sker dagligt,

oftest ubemærket, men andre gange helt bevidst (nice to have” vs. ”need to have” eller er en given behandling for dyr i forhold til effekt på patienten) (Hauge, 2016) (Heuts & Mol, 2013).

Det kan være svært at opnå enighed om værdiansættelsen af den enkelte ting, hvorfor det i en aftale kan være nødvendigt at udelade enkelte ting, for at kunne opnå enighed om resten af aftalen. Her kan kulturelle og sociale normer blive en stopklods for værdiansættelsen, da diskussionen om værdiansættelsen kan blive helt domineret af følelser (Moore, 2000) (Espeland, 2001).

Det er således en udfordring at definere Public Value, men lige så stor en udfordring er det også, at kunne måle på værdien af Public Value. En Public Value må kunne dokumentere sin værdi, ved at anvise en troværdig og reproducerbar metode til at måle sin værdi, ligesom den må bringe værdi til et bredt udsnit af andre borgere og fremtidige generationer og ikke kun til enkelte nuværende borgere. Kun på denne måde vil der kunne opnås fuld legitimitet i den offentlige sfære (Bennington & Moore, Public Value, Theory & Practice, 2011) (Bennington, 2009).

Der er således en pågående diskussion politisk og i den offentlige sektor om, hvordan Public Value kan måles. Forskellige redskaber er udarbejdet med udgangspunkt i Public Value teorien, f.eks. ”PublicValueScoreCard” eller ”PublicValueAssesmentTool”, men endnu er der ikke opnået enighed om brug af et foretrukket redskab (Agger, 2017).

Udover legitimitet er det også nødvendigt, at Produktive Capabilities er på plads, når der skal opnås Public Value. Produktive Capabilities er tilstrækkelig med ressourcer, viden og kompetencer. En organisations kernekompetencer kan dog tabes hurtigt, hvorved organisationens mulighed for at skabe Public Value reduceres. Organisationen må derfor konstant tænke langsigtet, for at sikre at den kan beholde sine kernekompetencer.

Det fysiske rammer må også være på plads. Dvs. f.eks. bygninger og udstyr må være egnede og tidssvarende til opgaven. Hvis dette ikke er til stede, må den skaffes ved intern eller ekstern bidrag. En evt. interressentanalyse vil kunne bidrage til at give et overblik over, hvem, hvad og hvor der er behov, som må opfyldes, før der kan opnås Public Value (Moore, 2000) (Porter, 1979)

Analyse og diskussion

Den offentlige velfærdsstat har de sidste 100 år været gennem en lang udvikling, hvor kravene til dens velfærdsorganisationer er steget i takt med disse specialiseringer. Politisk er der et øget krav om dokumentation og værdi for pengene og borgeren (Public Value), ligesom potentialiseringsbegrebet er vundet frem. Sundhedsvæsnets er blevet til en hyperrefleksiv kommunikationsafsøgende organisation, der ikke længere kun knytter an til et enkelt funktionssystem. Sundhedsvæsnets vil i dag også forske, uddanne, forebygge etc., samtidig med at det må tage hensyn til økonomi, faglighed, patientrettigheder, fastholdelse, politiske ønsker og patientorganisationer. Denne indbyrdes afhængighed og de mange hensyn, som der tages i forsøget på at skabe Public Value, er med til at skabe nogle af de problemer og konflikter, som i dag eksisterer i sundhedsvæsnets og hvor potentialiseringen synes at være en del af løsningen.

De afholdte interviews blotlagde flere punkter, hvor Afdeling X er udfordret. Det vil blive for omfattende at gennemgå alle punkter, men de generelle temaer var; Økonomi/drift, faglighed, uddannelse, styring, støjdv og manglende overblik.

To af de temaer der gentagende gange blev nævnt, var udfordringerne med at holde fagligheden i centrum og opretholde uddannelse af yngre kollegaer. Faglighed og uddannelse bliver dominerende funktionssystemer i afdelingen, som alle prøver at opretholde, men som dagligt udfordres af andre funktionssystemer, specielt det økonomiske.

Så med den af Luhmann omtalte funktionel differentieret organisation (Andersen & Pors, 2018) (Andersen & Pors, 2014) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007), er der nu hele tiden en positioneringskamp mellem de forskellige funktionssystemer. Pga. den tiltagende differentiering er der opstået en afhængighed af bilaterale ydelser imellem de forskellige funktionssystemer, som giver en støj mellem de forskellige funktionssystemer, hvilket både kan være en byrde eller hjælp. Den indbyrdes afhængighed af hinanden kan føre til konflikt mellem funktionssystemerne og da der ingen rangorden er mellem funktionssystemerne, er der heller ikke et centrum eller en superkode, der kan konstituere samfundet i sin helhed eller samle de mange koder i et perspektiv.

Afdelingsledelsen kan blive støjdv og dermed ignorerer særlige funktionssystemer eller blive støjfølsom og lade beslutninger være under indflydelse af et bestemt funktionssystem. Ledelsen kan også vælge at skifte medie så kommunikationen ændres, hvorved rammerne for en beslutning

ændrer sig. Dette kan ledelsen bruge, så det passer bedre med deres dagsorden eller beslutninger. F.eks. når der ved morgenkonferencen sker ændringer i dagsprogrammet ved sygdom eller et langt akutprogram. Her kommer alle beslutninger hurtigt til at dreje som om drift. Hvordan kan vi undgå aflysninger og fastholde driften, selvom der rigeligt med faglige eller uddannelses argumenter for at gøre tingene anderledes.

"Vi har været nødt til at gå på kompromis med vores faglighed.... på grund af drift".
(Interviewperson 2)

"... dagsprogrammet er præget af drift og der bliver ikke rokeret om på dagsprogrammet i forhold til uddannelse". (Interviewperson 1)

Økonomi/drift bliver således et funktionssystem der konstant støjer og som ikke kan ignoreres. Næsten alle beslutninger i organisationen bliver taget med en vis indflydelse fra funktionssystemet økonomi/drift, og faglighed og uddannelse kommer ofte i klemme, når f.eks. den daglige planlægning skal laves.

"Faglighed kan trumfe faglighed. Den kan også trumfe uddannelse, men faglighed kan ikke trumfe drift". (Læge til morgenkonference)

Faglighed og uddannelse må være en del af processen tidligt (f.eks. under den tidlige planlægning), ellers kan det først blive tilsat beslutningen senere. Fokus vil være mod en løsning af driften og anknytning til andre funktionssystemer må ske, alt efter hvilke andre muligheder der viser sig. Dette stemmer fint overens med den potentialiserende organisation, hvor beslutningsprocessen hele tiden holdes åben, netop for at se om nye muligheder skulle opstå. Det medfører nogle gange, at den enkelte læge kommer til at optræde som blæksprutte med multiple arbejdsfunktioner eller at der kan opstå det begreb, som interviewperson 3 omtaler som "Polyfilla-læger".

"Polyfilla-læge"; *En læge der har opnået et vist kompetenceniveau og derfor kan udfylde multiple funktioner i afdelingen (oftest en uddannelseslæge tidlig eller sidst i sin hoveduddannelse) og som derfor kan gå ind og dække de huller, der måtte opstå i dagsprogrammet/vagtplanen.*

Ved at have begreber som "blæksprutte-læger" og "polyfilla-læger" i afdelingen behøver afdelingen ikke tage hensyn til, at der på dagen, må være plads til ændringer, så uddannelse og fagligheden kan bevares. Uddannelse kan nedprioriteres og med "polyfilla" i hullet, kan driften opretholdes med tilstrækkelig faglighed. Der opstår her en tidskonflikt i skabelsen af Public Value. Hvad der giver værdi for den enkelte i situationen til den givne tid, er ikke sikkert også giver værdi for den anden. Uddannelse skaber generelt Public Value, men oftest først på lang sigt, mens

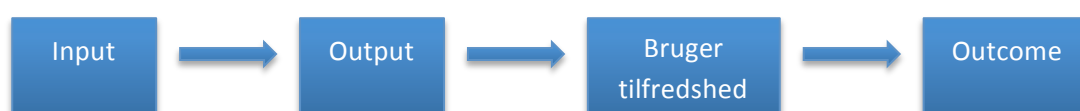
afvikling af dagsprogrammet giver Public Value her og nu, hvorfor værditabet bliver synlig med det samme. Uddannelse vil oftest nedprioriteres, da tabet af Public Value ellers vil blive for stort og synligt, hvis dagsprogrammet ikke afvikles (Hauge, 2016) (Heuts & Mol, 2013).

Funktionssystemerne kan også komme i konflikt med hinanden om at skabe Public Value, når det ene funktionssystem er patientrettigheder. Udrednings- og behandlingsretten opfattes generelt som en god ting blandt lægerne og patienterne og som noget der har højnet fagligheden og skaber Public Value. Men da lovgivningen ikke tager højde for udrednings- og behandlingsforløbets kompleksitet, bliver rammerne nogle gange hæmmende for optimal udnyttelse af ressourcer og værdiskabelse. Udrednings- og behandlingsretten for enkelte patientkategorier kan betyde nedprioritering af andre patientkategorier, hvorved andre funktionssystemer så som faglighed, uddannelse og økonomi/drift kan blive udfordret, når lovgivning tvinger afdelingen til at prioritere bestemte patientkategorier ved at måle på, om bestemte krav bliver opfyldt af afdelingen. F.eks. når ledelsen fastholder at operere kræftpatienten, selv om der er mange akutte patienter. Kræftpatienten vil rent fagligt godt kunne vente uden konsekvens for deres sygdom, mens akut-patienten får forlænget sit indlæggelse- og sygdomsforløb. Public Value tillægges her forskellige værdier fra ledelsens side, da Public Value i det ene tilfældig (kræftpatienten) er tillagt en værdi som ledelse måles på, mens den anden patienttype måles på anden måde.

”jeg bruger ekstremt meget tid på at tvinge en patient ind i en eller anden kasse, som patienten ikke hører hjemme i”. (Interviewperson 1)

Udrednings- og behandlingsretten er bundet op på, at patienten kommer i en kasse, der udløser forskellige undersøgelser og evt. operation inden for en given tidsramme. Denne indeholder så flere del-tidsgrænser som skal overholdes og som der måles på. Det er ressourcekrævende at opretholde disse rettigheder, samtidig med at lovgivningen ikke tager hensyn til kompleksiteten i et sygdomsforløb. Det kan medføre et rigidt og uodynamisk system, hvor manglende fleksibilitet kan få negative konsekvenser for patientforløb og afvikling af dagligdagen i afdelingen. Dette taler fint ind i sundhedsvæsenet som en heterofon organisation, hvor 4-5 forskellige funktionssystemer må balanceres; Sundhed, patientrettens, økonomi, etc. Sundhed er nødvendigvis ikke længere det primære funktionssystem og den tidligere kernefaglighed kan blive trumfet af rettens funktionssystem, hvorfor den saglige præmis kan blive uklar, ligesom muligheden for at skønne i den givne situation kan blive udfordret af, hvordan funktionssystemerne ret og faglighed afvejes.

I det offentlige system hvor handlinger og tiltag, så som udrednings- og behandlingsretten må kunne måles og dokumenteres for at sikre, at pengene bruges bedst muligt, samt at politiske beslutninger kan dokumenteres opfyldt, vil diskussion ofte ende i en output/outcome diskussion (mission/goal tankegang). Der er et ønske om at måle på outcome, men da dette ikke kan måles klart, defineres der et "pseudomål" (output), som det antages kan sige noget om outcome og som kan legitimeres af den offentlige sfære, f.eks. output som dødelighed eller genindlæggelse i stedet for outcome som overordnet godt helbred. Risikoen er, at output ikke siger noget om reelt outcome og Public Value (patienten overlevede, men kan ingen ting selv mere).



Figur 5 *Public Value*

Med udgangspunkt i Taylorismen er der netop sket en glidningen til output frem for outcome. Dette er sket samtidig med indtoget af New Public Management og lignende styringsredskaber i det offentlige (Bennington & Moore, Public Value, Theory & Practice, 2011) (Muller, 2015).

"If you can't measure it, you can't manage it" (Muller, 2015)

Eller som en af interviewpersonerne udtrykte det;

"I denne her økonomiske ret stramme verden vi lever i, der er værdi ikke så bredt, som det var engang". (Interviewperson 4)

Når Public Value skal måles, bliver det derfor vigtigt, at der opnås en enighed om, hvad der skal måles på og hvordan performancekriterierne (output) og -målet (outcome) defineres. Ud fra et hensyn til præcision og relevans må det defineres, i hvor høj grad de enkelte performancekriterierne skal være opfyldt. Det er vigtigt at have in mente, at performancemål kan manipuleres (f.eks. ved at performancemålet ikke opnås, på trods af at de enkelte performancekriterier har en høj grad af målopfyldelse) eller der laves en "målforskydning", hvor output og outcome modificeres undervejs (fokus flyttes til ting, der måles og belønnes og væk fra ting der ikke måles). Kravene til opnåelse af output og dokumentation kan blive en byrde for den enkelte organisation, fordi den må lave adfærdsændringer, der hæmmer outcome for at opnå de opstillet output-mål. Organisationen kan reagere herpå ved en "dekobling", hvor organisation i et forsøg på at fastholde eller opnå outcome

kasserer eksisterende output-mål og opfinder nye output-mål (Muller, 2015) (Mouritsen, 2016) (Andersen & Pedersen, 2014) (La Cour, Waldorff, & Højlund, 2017) (Bennington & Moore, Public Value, Theory & Practice, 2011).

Ustyrigheden i systemet gør dog, at der er plads til, at de enkelte læger kan lave en form for ”dekobling” ved aktivt at gå mod udrednings- og behandlingsretten. Oftest vil det være i samråd med eller efter ønske fra patienten (udredningen går for hurtigt, ønsker samme læge eller bestemt operationstype). Så længe der kan argumenteres for ”dekoblingen”, accepterer systemet det i vid udstrækning. Det sker altså med åbne øjne fra systemets side, også selv om enkelte patienter tabes, så længe hovedparten af patienterne opfylder målkravende.

Ved dekobling kan lægen altså omgå patientrettighederne og f.eks. lade faglighed eller uddannelse være det dominerende funktionssystem, hvorved enkeltpersoners indsats alligevel kan øge outcome (Public Value), på trods af at organisationen modarbejder sig selv med sine krav til output-mål.

”Det er ikke standardforløbene der låser mig, det er lovgivningen Standard cancer-pakkeforløb contra hvordan det var før, har altså virkelig flyttet meget, men det låser også andre ting, hvor vi førhen godt kunne vurdere”. (Interviewperson 1)

Andre gange ”dekobles” der fra patientrettigheder pga. kapacitetsproblemer, hvilket f.eks. skete efter, at der under Covid-19 epidemien opstod lange ventelister. Her blev ventelister til målbare tal (output), men der var ikke kontrol med patienten og om der reelt var behov for at stå på ventelisten. For at afhjælpe ventelisterne inddrog man privathospitaler uden at kigge overordnet på problemet, f.eks. at det kun er særlige patientkategorier, der kan tilbydes operation i det private, medførende fiktive rettigheder for andre patientkategorier. Et træk af arbejdskraft væk fra det offentlige til det private sundhedsvæsen har også resulteret i fortsatte udfordringer med lange ventelister for patienter, der kun kan behandles i det offentlige sundhedsvæsen. Ved at måle og handle på output, risikerer man handlinger, der afstedkommer et u hensigtsmæssigt outcome.

Når tidsfrister bliver måleredskaber, som der lovgives og styres efter, opstår en afhængighed af, at organisationen og dets ansatte køber ind på denne styring. Styringen må give mening og relevans for den enkelte, så denne adapterer styringen i sine handlinger, ellers vil styringen ikke virke. Da det funktionel differentieret samfund grundlæggende er ustyrligt, da funktionssystemernes handlinger foregår synkront og systemerne således ikke afventer hinanden, mener Luhmann, at styring må ses som en måde, systemet iagttager og kommunikerer på. Da udgangspunktet for

styring er at reducere en forskel, opstår flere paradokser, som gør styring relativ umulig. Mere styring vil medføre mere ustyrlighed.

Det første paradoks som Luhmann omtaler er; Hvem sætter forskellen og hvordan? Da det er systemet, der sætter forskellene og kommunikerer om, hvilke forskelle der skal minimeres, bliver styringen selvreferentiel og en grundlæggende ustyrlighed opstår. Styring gør noget synligt og andet usynligt, hvorfor systemet ikke ser det, styringen gør systemet blind for. Et andet paradoks er, hvem der reducerer forskellen? Når et system kommunikerer om at minimere en forskel, er det sjældent samme system der skal minimere forskellen. Når direktionen dikterer overholdelse af budgettet, er det den enkelte afdeling, der i afvejning af sin samlede produktion udmønter budgetoverholdelsen. Hvis ingen andre systemer hører det første system, bliver der ingen styring. Pointen er således, at alt styring er selvstyring. Følgelig handler al styring om styring af selvstyring.

Styring bliver således kun muligt, hvis systemet der skal styres, finder den ”styrendes” kommunikation relevant og meningsfuldt og dermed styrer sig selv således, at den gør det kommunikerede til elementer i sin egen selvstyring. Selvom styring har svært ved at finde sted, kan der være mening med styringskommunikation. Det bliver oftest bare på andre vilkår end dem, styring havde forestillet sig, at den skulle give mening på. Styring fører sjældent til det forventet resultat, hvorfor styring kommer til at opretholde sig selv som aktivitet.

Velfærdssamfundet har måtte erkende, at i takt med dets udvikling, er styring gennem central planlægning og hierarkier forbundet med store ulemper, hvorfor selvstyring er blevet udbredt. Styring må planlægges, så den kan iagttages meningsfuldt og giver den enkelte mulighed for at knytte an. Det må medtænkes, at det ikke er muligt at forudse, hvordan den enkelte agerer på styringen eller fortolker styringen i deres individuelle perspektiv. (Andersen & Pors, 2014) (Andersen & Pors, 2018) (Tække & Paulsen, 2010) (Tækker, 2007).

Ustyrligheden kan også se i afdelingens teamstruktur. Ledelsen er afhængig af, at de forskellige teams finder ledelsens styring relevant og at de tilpasser deres selvstyring til ledelsens styring. Ellers kan der opstå uhensigtsmæssigheder, hvor de forskellige teams modarbejder ledelsens overordnet styring for at opnå Public Value. Det er indbygget i Styrings-begrebet, at styring medfører ustyrlighed og forsøg på kontrol af styring skaber mere ukontrollerbar styring. Dette bliver tydeligt i situationer, hvor styringen er lagt ud i teams, men hvor det ikke er tydeligt, at styringen er delegeret. F.eks. rekruttering til fødekæden, hvor de enkelte teams mangler en overordnet plan for udførelsen af denne opgave. Hvad er tidshorisonten i fødekæden? Hvor meget

kan de love og meget skal de satse på den enkelte uddannelseslæge? Ledelsen sidder hele tiden tilbage med et sidste overordnet styringsredskab i form af økonomi til en ny ansættelse. Når det enkelte team ikke har endelige indflydelse på beslutningen, kan det føre til, at teamet ikke tager ansvar for den uddelegeret opgave, hvilket kan resultere i, at opgaven ikke bliver løst.

En manglende tydeliggørelse af delegeret styring kan resultere i en mudret struktur, hvor uformel ledelse og korridor-beslutninger i de forskellige teams bidrager til en uklar ledelsesvej, hvor den af ledelsen udlagte styring risikerer ikke at blive accepteret.

”... Uformel ledelse. At der ikke er en klar ledelsesvejen. Der er ikke en klar Ledelsesstruktur.... Det (ledelse) foregår lidt i hjørnerne. Det vil sige, at folk lader sig egentlig lede i arbejdsopgaver af den, de nu synes giver mest mening i øjeblikket”.
(Interviewperson 4)

Bryson et al taler for en bredere synsvinkel på Moore's strategiske trekant, hvor der i opnåelsen af legitimitet må have in mente, at der blandt de enkelte interessenter (f.eks. politikere, ledere, medarbejdere, borgeren eller interesseorganisationer) foregår en magtkamp, hvor interessenterne arbejder inden for deres egen strategiske trekant for at opnå flest mulige fordele og få mest mulig indflydelse. Interessekonflikter vil derfor kunne opstå, da personlige og fælles mål kan divergere. Hvis interessenter ikke bliver hørt, kan der opstå en ”positioneringskrig” og disharmoni blandt interessenterne, hvor de modarbejder hinanden for at opnå bedst mulig indflydelse. Opnåelse af legitimitet til handlinger og løsninger der skaber Public Value, er således lettere, hvis de forskellige interessenter har haft mulighed for indflydelse eller kan opnå en fordel/belønning ved deres opbakning (Bryson, Sancino, Benington, & Sørensen, 2017) (Moore, 2000).

Det vil sige, at funktionssystemet belønning må aktiveres. Dette kan kommunikeres i multiple medier, f.eks. penge, frihed, særlige operationsdage eller kursusdeltagelse etc. Aktivering af en belønning/fordel til den enkelte vil derfor kunne medføre en øget opbakning til og legitimering af ledelsens beslutninger.

”Der er også noget rent økonomisk i det er. Hvis jeg giver afdelingen noget, der giver værdi, så kan jeg også få lov til at bede om noget, der giver mig værdi. Man kan ikke bare få, man er nødt til at yde noget også”. (Interviewperson 4)

Hvis ledelsen ikke opnår legitimitet til dens beslutninger, kan det blive svært for ledelsen at opnå deres mål, da deres styring kan blive afvist som ikke relevant for den enkelte.

Med den kommunikationsafsøgende organisation bliver antallet af funktionssystemer og medier til rådighed for organisationen endnu mere udtalt og organisationen leder hele tiden efter flere koblingsmuligheder og problem-løsnings-muligheder, hvorfor der er en forventning om at funktionssystemerne byder sig til. Det er dog afgørende, at der hurtigt kan afkobles, for på den måde at begrænse risikoen ved tilkoblingen. Det må have sig i mente, at funktionssystemerne fungerer synkront og således ikke vente på hinanden. Velfærdsinstitutionernes forhold til deres faglighed ændres også og der undersøges hele tiden hvordan organisationen kan hjælpes af andre og hvordan dens knowhow er løsningen på problemstillinger hos andre organisationer. For at få plads til at undersøge præmisseffekterne, inden de besluttet, vægrer organisationen sig for at fastlægge saglige beslutningspræmisser for ikke at reducere kommunikationspotentialitet. Sagligheden til en beslutning bliver derfor først tilsat efter, at beslutningen er truffet (Andersen & Pors, 2014).

Det ses f.eks. når ledelsen prøver på at planlægge eller få løst dagsprogrammet, ved at der reelt ikke bliver taget en beslutning.

”Arbejdsplanlægningen er jo konsekvent kun top-down og så gør folk bagefter lidt det, der passer dem alligevel. Vi forlader jo mange morgenkonference, hvor beskeden bare er, at det ser vi på.... Så bliver der jo sådan en korridorstyring af, hvem der føler, at de har et ansvar for at hjælpe hinanden og hvem der føler, at de ikke har et ansvar og i øvrigt går hjem”. (Interviewperson 1)

Løsningerne kommer løbende til den kommunikationsafsøgende organisation, men kan hurtig ændres, hvis der findes bedre muligheder. Der bliver en iboende forventning i den emergerende organisation (som den kommunikationsafsøgende) om, at alle enheder (teams/enkeltpersoner) bidrager med deres faglighed og hjælper hinanden med at opnå den bedst mulige løsning, hvorved der opstår en form for autopoiesis.

Autopoiesis bliver en selvskabelsesproces, hvor systemet kun kommer til at bestå af elementer produceret af systemet selv ved løbende at lade nye handlinger knytte an til tidligere handlinger. Systemet er således selvrefererende til tidligere handlinger gjort af systemet selv. Omverden bliver således en intern konstruktion og beskrivelse, hvor systemet ikke kan gå på kompromis med egne konstruktioner og egen logik, og således få mulighed for at se en omverden der bare er. I Luhmanns kontekst er sociale systemer autopoietiske og uforanderlige udefra. Systemet kan blive irriteret af omverden, men det kan ikke kontrolleres eller formes udefra (Andersen & Pors, 2014) (Tækker, 2007) (Andersen & Pors, 2018).

Ledelsen tager dog ikke hensyn til, at alle teams og medarbejdere ikke nødvendigvis køber ind på forventningen om, at alle konstant bidrager med faglighed til en løsning. Det kan være, at det sker noget af tiden, men ikke hele tiden. Der kan derfor ske en bevidst eller ubevidst obstruktion fra det enkelte team eller medarbejder, hvor denne med sine handlinger modarbejder ledelsen.

Den potentialiserende kommunikationsafsøgende organisation er afhængig af, at den enkelte medarbejder gør sig til for organisationen. Der er en forventning om, at den enkelte medarbejder hele tiden prøver på at spille organisationen god, ligesom den enkelte medarbejder tilbyder sin arbejdskraft, som må være i en konstant udvikling, for hele tiden at kunne leve op til organisations behov. Da der er udtalt selvstyring og manglende overordnet rammer (for netop at fremme problem-løsnings-mulighederne og kommunikationspotentialet i disse), risikerer det at skabe enheder, der må gætte sig til organisationens behov og deraf en risiko for, at enhederne foregriber behov for organisationen, som organisationen ikke har. Samtidig er der en risiko for, at det enkelte team eller medarbejder gør sig kommunikationsirrelevant, hvis de ikke udvikler sig i en retning, som organisationen kan bruge til at skabe Public Value. En konstant udvikling af de enkelte enheder risikerer over tid at komplicere organisationen mere og mere. Udvikling vil løse nogle problemer men åbne for andre problemer.

Der synes at være en risiko for, at potentialisering devaluerer værdien af hverdagens erfarings- og vidensdannelse, herunder den professionsspecifikke, for at iscenesætte sig selv som en særlig innovativ, transformativ og radikal proces. Forandringsdynamikken i "hverdagens" autopoiese risikerer derfor at blive ødelagt af den fortsatte potentialisering. (La Cour, Waldorff, & Højlund, 2017) (Andersen & Pors, 2014).

Der er behov for en differentieret potentialisering af teams og medarbejdere i afdelingen, da der er basis-arbejde uden det store udviklingspotentiale, som må udføres, før der bliver plads til potentialisering. Der er således behov for en struktur (som delvis allerede er etableret i afdeling X), der kan lave rugbrøds-arbejdet, de mindre prestigefyldte opgaver og ikke mindst de usynlige opgaver som en stor kompleks organisation er fyldt af. En form for basis Public Value. Ligeledes må der være enheder, der kan færdiggøre og drifte initiativer og beslutninger taget øverst i hierarkiet, herunder bedrive den forskning som dette måtte kræve. Differentieringen kan medføre

uhensigtsmæssigheder, som kan blive basis for konflikter i afdelingen eller manglende legitimitet til ledelsen, hvis ikke ledelsen er opmærksomme på at adressere disse uhensigtsmæssigheder.

Således kan der blive en skæv arbejdsdeling mellem de forskellige teams og personer, hvor de enkelte ikke ser nogle fordeler i at legitimere ledelses beslutninger og udføre opgaven, da det enkelte team eller medarbejder kommer til at løfte uforholdsmæssig meget i forhold til andre enheder. Ledelses styring må accepteres, ellers sker der ingen styring.

Derfor kan potentialisering synes farveblind, når der ikke sondres mellem problematiske og bevaringsværdige strukturer. Dette kan medføre en modvilje mod opgaven, som den enkelte kan tage med over i andre funktioner som f.eks. uddannelse.

”Uddannelse er et vilkår og en udfordring og en kæmpe gevinst samtidig”.
(Interviewperson 1)

Uddannelsesopgaven i afdeling er præget af, at der konstant skal tages hensyn til økonomi/drift, faglighed og andre interessenter (f.eks. at operationsstuen må slutte til tiden). Derudover er opgaven præget af en stor ulig fordeling i de forskellige teams i afdelingen, hvor det ene team næsten ikke løfter opgaven. Så hvis den enkelte medarbejder primært retter sin loyalitet mod sit eget team, kan der opstå flere fortællinger, end den ledelsen fortæller om uddannelse i afdelingen og således bliver der ikke et samlet billede af uddannelse i afdeling (Borum & Pedersen, 2008).

Når der ikke er en samlet fortælling eller overblik over uddannelse i afdelingen, bliver uddannelse også ad hoc præget. Det må den nødvendigvis til dels være, da der altid vil være en fluktuation i antallet af patienter. Men da der ikke foreligger en samlet plan for uddannelse i afdelingen, bliver uddannelse ofte noget, som den enkelte må tage eller give, hvorfor læringsprocessen og uddannelsen i afdelingen kommer til at være opportunistisk og bære præg af tilfældigheder, ligesom den bliver meget personafhængig.

”Det er ikke noget, som bliver håndteret i et eller andet større perspektiv, derfor er det også lidt ad hoc, hvem der bliver byttet rundt på for at få uddannelse. Der foreligger ikke en masterplan”. (Interviewperson 1)

Ved morgenkonferencerne sker der således på næsten daglig basis en omrokering af lægerne. Disse omrokeringer sker oftest på grund af sygdom eller særlig operationer og vil oftest ikke tage hensyn til uddannelse.

”Det har været rigtig svært at afvikle vores endoskopi-oplæring, rigtig meget. De (enkelte uddannelseslæger) er kommet bagud eller fået afbrudt deres fokus ophold”.

(Interviewperson 2)

Konferencerne giver generelt ikke plads til en diskussion om de enkelte omrokinger eller rationalet bag disse. Observationerne gjort ved morgenkonference og de forskellige interviews kunne tyde på, at årsagen til dette er pga. et tidshensyn og ”en luk øjnene, problemet er løst for nu” fra ledelsens side.

Dags- og månedsprogram bliver ikke det redskab til at løse en del af uddannelsesproblematikken, som det kunne være. Oftest bliver de til genstand for yderligere diskussion, ligesom de kan være grobund for småkonflikter, hvor enkelte medarbejdere føler, at andre medarbejdere bliver forfordelt. Oftest er det polyfoniens mange hensyn og et samlet manglende overblik over kompetencer i afdelingen, der fører til diskussioner og konflikter omkring dags- og månedsprogram.

”Om der er nogen, der spørger nogen (når der skal lægges dagsprogram), det ved jeg ikke. Og hvem der egentlig ved, hvad folk kan, det kan jeg også godt nok sætte spørgsmålstegn ved”. (Interviewperson 1)

Der kan ske omrokinger, hvis der er oplagte uddannelsesfunktioner, der kan varetages på en bedre måde. Disse omrokinger sker dog primært i korridorerne efter morgenkonference, hvor de enkelte læger (både yngre og ældre), omfordeler funktioner i forhold til dagsprogrammet for at optimere uddannelsesudbyttet.

”Principielt mener jeg, at mange af vores omprioriteringer er lidt ligesom at tisse i bukserne for at holde på varmen, fordi vi forsinker egentlig ofte rigtig uddannelse og det er relativt mange uddannelsesmuligheder, vi misser, fordi der er ting. Og det gør jo bare at ens kompetenceudvikling bliver skubbet bagud. Fordi man ender med at lære tingene, når chancen byder det, frem for at man prøver at planlægge det”. (Interviewperson 3)

Da sundhedsstyrelsen har overordnet krav til lægers uddannelse, herunder hvordan og hvornår de forskellige kompetencer skal være opnået, kan de få konsekvenser for den enkelte uddannelseslæge eller afdelingen, hvis uddannelsesmålene ikke opfyldes. Da konsekvenser umiddelbart er størst for uddannelseslægen på kort sigt, f.eks. manglende godkendelse af kompetencer og deres uddannelsesstilling og deraf fastholdelse i samme stilling, vil konsekvenserne for afdelingen først komme på lidt længere sigt. Læger med manglende kompetencer giver en sværere daglig planlægning, ligesom dårlig uddannelse kan give et dårligt renommé, hvilket kan resultere i et

dårligere rekrutteringsgrundlag. I værste fald kan afdelingen miste sine uddannelseslæger, hvilket vil medføre en yderligere besværliggørelse af den daglige planlægning med hyppigere tilsyn fra sundhedsstyrelsen og en mangel på læger med de rette kompetencer.

Ovenstående er et godt eksempel på at flere funktionssystemer hurtig kan komme i konflikt med hinanden. I det her tilfælde er det både rettens-, uddannelse- og økonomi-funktionssystemet, der har indflydelse på planlægningen af uddannelsen. Samtidig er der en tidsfaktor, som også har indflydelse på, hvordan tingene kan planlægges. Den enkelte læge og afdelingen behøver ikke arbejde med den samme tidshorisont, hvorfor der kan opstå yderligere konflikt mellem de forskellige funktionssystemer.

Den ulige fordeling af uddannelsesopgaven i afdeling, hvor det ene team med sin begrænset deltagelse bidrager betydelig mindre til opgaven, kan også ses ved, at enkelte læger bruger funktionssystemet faglighed som skjold og glemmer det pædagogiske funktionssystem. Manglende lyst til at lære fra sig eller fordi det er nemmere selv at gøre tingene, bliver gemt bag argumenter om, at fagligheden må holdes høj og derfor kan den givne funktion eller operation ikke bruges til uddannelse.

"Det er fordi folk ikke gider. Det er kun det eneste. Det er, at det er meget nemmere, for dem at blive ved med at gøre det, de gør lige nu. Og det har de det fint med. De har ingen interesse i det (uddannelse). Og da man ligesom har overladt magten til de ældste og de ældste er ligeglade, jamen, så sker der ikke noget Og der har vi jo snakket om certificering (specialisering af yngre speciallæger). Det handler ikke om fagligheden, men de (ældste) er jo heller ikke på vej nogen steder hen".

(Interviewperson 1)

Ovenstående citat (som går på teamet med begrænset uddannelsesbidrag) er med til at illustrere, at den manglende deltagelse i uddannelsesopgaven primært er forårsaget af nogle ældre læger i afdelingen, som ikke tager ansvar for uddannelsen af yngre kollegaer. Der er ikke sket en sufficient forankring af lærings- og supervisionstankegangen hos disse læger, som har nået en alder, hvor der ikke længere er det store overskud til uddannelse af yngre kollegaer. Og slet ikke når de kan gøre det nemmere og hurtigere for dem selv, ved selv at gøre arbejdet. Ligeså kan der mangle et blik for den fastholdelse af kompetencer eller Public Value, som deres supervision af en yngre kollega vil kunne bidrage med til afdelingen og ikke mindst den offentlige sfære.

"Der skal jo være plads til, at læringen og supervisionen kan foregå. Der skal være noget overskud i dagligdagen til, at man kan understøtte læringen og supervision".

(Interviewperson 2)

En konfliktskyhed fra ledelsen side kan også bidrage til ovenstående. Ledelsen har ikke et ønske om at skabe en konflikt med bestemte teams eller medarbejdere ved at fratage disse nogle privileger, da dette kan medføre, at ledelsen risikerer at miste legitimitet til sine øvrige beslutninger og styring, hvorfor man så undlader at arbejde for ændringer og i stedet lader tilstanden bestå.

”Sådan har det jo bare været gjort i umindelige tider og de kunne aldrig drømme om at bytte og har aldrig byttet (en potentiel uddannelsesoperation)... Det er jo bare fordi det er nemt og der ikke er nogen, der har bedt dem om det”. (Interviewperson 1)

Det kan også være, at ledelsen ikke ser problemet med uddannelse, hvis den kun betragter uddannelsen igennem funktionssystemer, der ikke ser et problem. Så når ledelsen ikke laver 2. ordens iagttagelser og erkender sine blinde pletter, vil uddannelsesproblemerne forblive usete. Det kan også være, at ledelsen vælger at være støjdøv og derfor ikke ser et uddannelsesproblem i afdelingen eller at uddannelse bevidst prioriteres sekundært i afdelingen, fordi det dominerende funktionssystem for ledelsen angående uddannelse blive økonomi/drift eller patientrettigheder. Faglighed kan også blive en blind plet, hvis faglighed (læs hastighed) bliver et argument for at afvikle dagens program, hvor uddannelse kun prioriteres, hvis driften tillader det. Risikoen er at det fører til et tab af fremtidige kompetencer. Enhver organisation der er afhængig af kernekompetencer, er nødt til at tænke langsigtet for at kunne fastholde disse kompetencer. Det indebærer også risikoen for pludselige uforudseelige kompetencetab, som kan sætte organisationen midlertidig eller helt tilbage, hvorved organisationens mulighed for at skabe Public Value reduceres. Kernekompetencer er en del af Moore's strategiske trekant (Produktive Capabilities) og er helt afgørende for produktionen af Public Value.

Porter og Prahalad et al (Porter, 1979) (Prahalad & Hamel, 1990) uddyber dette ved at understrege vigtigheden af at organisationen må kende sine Produktive Capabilities i form af sine stærke og svage sider, dets ressourcers formåen og sine kernekompetencer. Prahalad et al går videre og definere 3 ting som kendetegner kernekompetencer i en organisation. **1) Kernekompetencen skal give en mulig adgang til et bredt marked, 2) Kernekompetencen skal have stor betydning for kunden og 3) Kernekompetencen skal være svær at efterligne.**

Disse kendetegn passer fint på det danske sundhedsvæsen, som netop giver adgang til alle danskere og leverer en ydelse, som værdsættes af befolkningen. Ligeledes besidder sundhedsvæsenet viden, som kun findes her eller få andre steder i samfundet.

Da en organisation kun delvist på forhånd kan forudse tab af en kernekompetence, må der på tværs af organisationen hele tiden ske en udveksling af kompetencer, erfaring og viden. Dette for, på både kort og lang sigt, at imødekomme de udfordringer som organisationen måtte møde.

Kernekompetencer udvikler sig løbende med, at de bliver brugt og delt, hvorfor uddannelse og vedligeholdelse af kompetencer er vigtig at indarbejde i organisationens dagligdag (Moore, 2000) (Porter, 1979) (Prahalad & Hamel, 1990).

” og fastholdelse? Der har man faktisk heller ikke kigget ret langt frem på noget tidspunkt”. (Interviewperson 1)

“Teams skal hele tiden tænke i fastholdelse og udvikling. Driften er man selvfølgelig også nødt til at tænke på. Men man skal bruge teamstrukturen til hele tiden at kigge 5 år frem i tiden, fordi det er det, teamstrukturer er god til i virkeligheden. Det er at sørge for, at man giver viden videre hele tiden og hele tiden sørger for at finde dem, man skal have med ind i teamet. Og der skal teams have lov til at bestemme noget”. (Interviewperson 1)

Hvis afdelingen ikke formår at få indarbejdet funktionssystemerne uddannelse eller forskning i sin dagligdag, så faglig viden og kompetencer bliver delt, bliver fødekæden blandt medarbejderne brudt og afdelingen risikerer tab af fremtidige kompetencer, så dens mulighed for at skabe Public Value bliver kompromitteret. Fødekæden kan også blive brudt, hvis den enkelte medarbejder ikke får sine faglige ambitioner opfyldt i afdelingen og derfor søger væk fra afdelingen for at få disse opfyldt.

” For at være helt ærlig tror slet ikke at fastholdelse bliver tænkt ind i forhold til personale. Det tror jeg ikke. Det er absolut ikke mit indtryk, at nogen tænker det ind”. (Interviewperson 3)

En tredje årsag kunne være, hvis den enkelte medarbejder eller teamet ikke køber ind på ledelsens styring eller der mangler styring. Så kan det ske, at de enkelte teams eller medarbejdere laver deres egen styring, som medarbejder afdelings forsøg på at sikre fremtidige kompetencer (hvilket skete under den gamle ledelse). En sidste årsag kunne være, at presset udefra (politisk og fra direktionen) til at levere resultater på den korte bane, bliver så stort, at det bliver en nødvendighed, at lade funktionssystemet økonomi blive det dominerende, så der ikke bliver plads til funktionssystemerne uddannelse eller forskning, da disse oftest først giver resultater på længere sigt.

”De ønsker, vi kan have i forhold til uddannelse, f.eks. hvem der skal lave hvad og hvem er ved at lære forskellige ting, betyder noget. Men over det, så kører driften, så dagsprogrammet bærer tit præg af, at nogle af de ting jeg lige har nævnt, må lide til fordel for drift”. (Interviewperson 4)

Det er derfor nødvendigt, at organisationen har et samlet overblik over kompetencer, som løbende opdateres, så organisationen sikrer sig, at den overordnet strategi for udvikling og fastholdelse af medarbejdere sikre fødekæden, så de rigtige kompetencer også er til stede i morgen og i fremtiden. Og der er vi nok fremme til det primære problem, som analyse har været med til at afklare. Der mangler et ledelsesmæssig overblik over de samlede kompetencer i afdelingen.

I den kommunikationsafsøgende organisation, hvor beslutningerne tages løbende, alt efter hvilke muligheder der åbner sig op for anknytning til ny kommunikation, er der en risiko for at blive ramt af polyfoniens hvirvelvind. Her bliver alle fortællinger betydende, hvorved vejen der bygges, ikke bliver en lige motorvej, men en rundkørsel med rundkørsler på, hvor fagligheden til hvordan vejen skal bygges, først tilsættes når byggeriet er gået i gang.

Ledelsen kommer til at mangle det samlede overblik over kompetencer i afdelingen og kan heller ikke læne sig op ad andre i afdelingen, da ingen besidder denne samlede viden. Konsekvenserne er, at afdelingen ikke får det fulde udbytte af at vente med at knytte an til ny kommunikation, da organisationen netop bliver begrænset i sin kommunikation af ikke at vide, hvilke kommunikationsmuligheder den har. Dette resulterer i uhensigtsmæssige beslutninger på et uklart beslutningsgrundlag, der ikke sikrer optimal produktion af Public Value. Tilsvarende er den manglende viden heller ikke fremmende for uddannelse og fastholdelse i afdelingen. Hvilke betyder, at uddannelse sjældent får forrang i forhold til andre funktionssystemer, hvorfor det primært er økonomi/drift der dominerer i afdelingen.

Ledelsen risikerer i sin iver med at styre afdelingen fri af de værste huller i vejen at skubbe medarbejdere væk, da disse muligvis vil søge væk fra afdelingen, hvis ikke styringen findes relevant og adapteres. Alternativ vil medarbejderne forsøge at styre afdelingen i en anden retning end den af ledelsen ønsket, hvor de kan få en større indflydelse på de dominerende funktionssystemer i afdelingen og de hensyn, som der må tages for at få en polyfone kommunikationsafsøgende afdeling til at fungere.

I de forskellige interviews gik nogle af spørgsmålene på patient-læge relationen og hvad der er bestemmende for et godt forløb. Svarene var relativ ens og den tematiske analyse kan opsummeres i; Faglighed og flow i udredning og behandling, ærlig information og tid til at kommunikere dette. Ved at have ovenstående in mente, kan den enkelte læge være med til at øge Public Value for den enkelte patient. Ligesom ledelsen med sin styring kan danne et samlet overblik i afdelingen, som giver plads til faglighed, flow og patienttid.

Konklusion

Dette masterprojekt har søgt at svare på problemformuleringen:

- Hvilke funktionssystemer gør sig gældende i den aktuelle situation på afdeling X?

De forskellige interviews og observationer der er gjort i forbindelse med dette masterprojekt, har afsløret flere forskellige funktionssystemer jf. Luhmanns teori. De hyppigste funktionssystemer er; Økonomi, faglighed, uddannelse, og patientrettigheder. Der eksisterer selvfølgelig flere funktionssystemer, som ikke er nævnt, men som har indflydelse på hverdagen i afdeling X. De forskellige interviews afslørede også temaer som styring, støjdv og manglende overblik.

De forskellige funktionssystemer har indflydelse på den måde, som afdelingen fungerer og ledes på, samtidig med at der er en pågående konkurrence mellem de forskellige funktionssystemer om at få mest indflydelse på dagligdagen i afdeling. I takt med en øget specialisering i sundhedsvæsenet og af de forskellige funktionssystemer, er der opstået en afhængighed af bilaterale ydelser imellem de forskellige funktionssystemer, da de ikke kan erstatte hinanden. Samtidig fungerer de forskellige funktionssystemer sideløbende med hinanden, hvilket også bidrager til en grobund for ustyrlighed og potentielle konflikter i afdelingen, da den støj, som de forskellige funktionssystemer skaber hos hinanden, ikke altid kan ignoreres. Men ligesom der ikke eksisterer et hierarki blandt funktionssystemerne, er der heller ikke en superkode, der kan samle og repræsentere alle funktionssystemerne i afdeling X.

Det bliver derfor hurtigt enkelte funktionssystemer, der kommer til at dominere i hverdagen eller den enkelte situation. Mens de forskellige faggrupper i afdelingen advokerer for, at faglighed må være det primære bag enhver beslutning i afdelingen og at denne faglighed skal ske ved hjælp af empiri (skabt af forskning) og uddannelse, er virkeligheden en anden. Politisk er det besluttet, at økonomi og patientrettigheder skal veje tungt, hvorfor disse to funktionssystemer således ofte dominerer hverdagen i afdeling X på bekostning af andre funktionssystemer. Når den daglige drift skal afvikles, betyder patientrettigheder for kræftpatienten mere end afvikling af et langt program med akutte patienter, på trods af at fagligheden taler for en anden prioritet i driften. Økonomi kommer også til at dominere forskning og uddannelse, da der ofte ikke er ressourcer til at allokere penge og tid til forskning og uddannelse af både yngre og ældre medarbejdere i afdeling X.

Økonomi/drift og patientrettigheder bliver derfor funktionssystemer som konstant støjer og ikke kan negligeres i arbejdet med at skabe Public Value. De forskellige interviews afslørede flere situationer, hvor økonomi, patientrettigheder og andre funktionssystemer som faglighed og uddannelse kom i konflikt, hvilket nogle af citaterne også understreger. Det økonomiske funktionssystem og de tilknyttede medier kommer således til, at have indflydelse på næsten samtlige funktionssystemer og måden der kommunikeres på i de forskellige funktionssystemer. Hvis f.eks. penge bruges som medie i stedet for helbredelse i funktionssystemet sundhed bliver kommunikation helt anderledes og vil give en anden diskussion og viden.

For at skabe øge Public Value må afdelingen således afveje den viden som funktionssystemerne besidder. Denne viden bliver således polykontekstuel, hvorfor der i en kommunikationsafsøgende organisation som afdeling X opstår en dobbelthed, pga. den afhængighed der er mellem de forskellige funktionssystemer. Faglighed og patientrettigheder koster penge, ligesom uddannelse og forskning også gør. Men hvis der ingen uddannelse eller forskning er, kan fagligheden ikke opretholdes og så har patientrettigheder ingen værdi, ligesom der ikke skabes Public Value.

Ledelsen i afdeling X må således tage mange hensyn hver dag for at manøvrere rundt i det krydspres, der opstår mellem de forskellige funktionssystemer og krav fra politikere og patienter. Med de mange hensyn og den tiltagende specialisering opstår der en vis ustyrlighed i organisationen, da ledelsen med sin tilknytning til en beslutning vil åbne op for nye muligheder for anknævn i fremtiden. Der er opstået et behov for hele tiden at være klar til at til- eller afkoble sig. Afdelingen bevæger sig således på en vej der hele tiden deler sig. Og da styring jvf. Luhmann altid vil medføre mere ustyrlighed, bliver det ledelsens opgave at navigere i denne ustyrlighed. Styringen i den kommunikationsafsøgende organisation bliver derfor præget af, at de enkelte teams eller medarbejdere udviser selvstyring, hvorfor ledelsens styring handler om styring af selvstyring. Ledelsen bliver afhængig af, at de styrede oplever deres styring relevant og knytter an til den, ellers vil der ingen styring opstå og ustyrligheden vil tiltage, hvorfor ingen styring kan være mere effektiv.

De mange hensyn som ledelsen i afdeling X må tage, er med til at skabe et manglet overblik over de forskellige funktionssystemer, der eksisterer i afdelingen, Yderligere mangler der en bevidstgørelse af, hvornår de forskellige funktionssystemer dominerer og hvornår de ikke skal

havde lov til at dominere. Dette manglede overblik er med til at forstærke styringsproblematikken og besværliggøre processen med at skabe Public Value.

Yderligere er der i masterprojektet søgt svaret på:

- Hvordan er den potentialiserende organisation en hindring eller styrke for skabelse af Public Value?

Sundhedsvæsnets er fra politiske og patienternes side, men også systemet selv (læs fagpersoner) underlagt høje krav om hele tiden at forsøge at gøre det bedre. Der må således ske en konstant afsøgning af muligheder, der kan være med til at optimere sundhedsvæsnets og øge Public Value. Udviklingen passer med den potentialiserende kommunikationsafsøgende organisation, hvor den innovative beslutningsproces hele tiden er åben, netop for at se om nye muligheder skulle opstå, der kunne bidrage til øget Public Value. En af styrkerne ved den potentialiserende organisation er dens agilitet og mulighed for hurtig til- eller afkobling til potentielle muligheder. Dette inkluderer også en forventning om, at den enkelte medarbejder er i en udviklings- og potentialiseringsproces, der bidrager til potentialiseringen og Public Value i organisationen. Der opstår derfor en udtalt selvstyring uden en overordnet ramme og styring, hvorfor der er en risiko for, at behov foregribes for organisationen, som ikke eksisterer i organisationen. Bidrager den enkelte medarbejder derfor ikke til skabelsen af Public Value, risikerer denne at gøre sig kommunikationsirrelevant for organisationen.

Et andet problem er at potentialisering med tiden gør, at de forskellige funktionssystemer begynder at overlappe hinanden. Den potentialiserende organisation i sundhedsvæsnets vil i dag ikke kun helbrede, den vil også forbygge, uddanne etc. og på den måde bevæger organisationen sig ind på områder, hvor den potentielt ikke har sufficient viden og erfaring til skabe reelt Public Value.

Det konstante krav til potentialisering er med til over tid at komplicere organisationen og styringen, hvor nogle problemer løses, mens andre vil opstå. Samtidig er der en risiko for, at potentialiseringen i sin iscenesættelse af sig selv som en innovativ og transformativ proces, devaluerer værdien af hverdagens erfarings- og vidensdannelse, herunder den professionsspecifikke, ligesom organisation kan have svært ved at finde ud af, i hvilket funktionssystem det skal hente det saglige præmis for en beslutning.

Den udbredte selvstyring i afdeling X har delvist løst nogle af problemerne med potentialisering ved at etablere en differentieret potentialisering af medarbejderne i de forskellige teams i afdelingen. Dette er sket ved at skabe en struktur, hvor nogle medarbejdere laver en større del af rugbrøds-arbejdet og skaber en form for basis Public Value, mens andre medarbejdere bruger flere ressourcer på at potentialisere organisationen f.eks. i form af forskning og uddannelse. Da strukturen er udsprunget af de enkelte teams og ikke fra ledelsen, kan det medføre uhensigtsmæssigheder, f.eks. i form af en skæv arbejdsdeling mellem de forskellige teams og personer, som ledelsen må have for øje, da det på sigt kan føre til konflikter i afdelingen eller manglende legitimitet til ledelsen, ligesom strukturen kan være svær at styre for ledelsen og således besværliggøre skabelsen af Public Value.

Den potentialiserende organisation er også underlagt kravet om, at Public Value skal kunne måles og dokumenteres. Der eksisterer måleredskaber, men ingen har vundet internationalt indpas, hvorfor man i dag primært måler på performancekriterier (output), da performancemål (outcome) kan være svære at definere. Det er derfor vigtigt, at der er enighed om, hvad der skal måles på, ligesom det må have sig i mente, at performancekriterier og -mål kan manipuleres. Dokumentationskravet kan blive en byrde for organisationen og medføre, at fokus flyttes fra outcome til output. Fokusskiftet kan medføre adfærdsændringer i organisationen, som medfører et reciprok respons og reelt hæmmer outcome, hvilket patientrettigheder og behandlingen af kræftpatienter vs. akutte patienter kan være et godt eksempel på.

Den potentialiserende organisation må hele tiden have sin legitimitet og Produktive Capabilities in mente, da den uden disse vil have svært ved udnytte de muligheder, der opstår for øget Public Value. Der er ikke plads til, at et funktionssystem, som f.eks. økonomi kan være dominerende, da dette nedsætter mulighederne for at knytte an til nye muligheder. Hvis et funktionssystem får lov til at være dominerende, må organisation være sig bevidst om de begrænsninger dette medfører. Det samme gælder, hvis organisationen ikke kan fastholde sine Produktive Capabilities i form af f.eks. sine kernekompetencer og nøglemedarbejdere.

Den potentialiserende organisation kan også have svært ved at fastholde fokus på tidligere opnået Public Value, fordi den potentielt hele tiden er på vej videre. Den er derfor nødt til at have strukturer der understøtter tidligere opnået og bevaringsværdige milepæle. Dette er dog med til at komplicere strukturen og nedsætte agiliteten i den potentialiserende organisation.

Samlet set kan afdeling X karakteriseres som en potentialiserende kommunikationsafsøgende organisation, som har mulighed for skabelse af Public Value, hvis den fortsætter med at få sat sine Produktive Capabilities i spil og knyttet an til de muligheder der hele tiden viser sig uden at devaluerer værdien af allerede opnået viden. Afdeling X er dog hæmmet af funktionssystemerne økonomi og patientrettigheder spiller en stor rolle, samt af en kompliceret struktur der ikke medvirker til at skabe et samlet overblik i afdelingen, hvilket på sigt kan få en negativ indflydelse på afdelingens Produktive Capabilities og således muligheden for opretholde legitimitet og skabe Public Value.

Refleksion over teorivalg

Med mit valg af teori, hvor der er taget fra Luhmanns teorier og suppleret med teorier om Public Value og Potentialisering, har jeg med mine fortolkninger også gjort det sværere at sammenligne med andre studier, da der kan være andre fortolkninger af teorien og definitioner af begreber, f.eks. Public Value. Ligeledes har jeg med mine teorivalg gjort mig skyldig i en blindhed. Så selv om jeg var/er bevidst om min blindhed, vil der forsat være en blindhed jvf. Luhmanns teori om 1. og 2. ordens iagttagelser. Jeg er mig bevidst om, at med anden teorivalg vil data havde kunne været indsamlet og fortolket anderledes, så det overordnet billedet og konklusion havde ændret sig. Teorierne er valgt, da de kunne hjælpe til af fremdrage og identificere nogle af de problematikker, som på forhånd eksisterede i afdelingen, men som der ikke helt var sat ord på. Ligesom teorierne og dets begreber har bidraget til min refleksion over de problematikker der eksisterer i afdelingen.

Min fortolkning af data er sket ud fra min forudgående viden og forståelse, som er skabt af over 20 års ansættelse i det danske sundhedsvæsen, og den blindhed der ligger der i. Ved at havde knyttet en eller flere sparringspartnere til projektet, havde det måske været muligt, at refleksions- og analyseprocessen havde skabt en større forståelse for disse blindheder, ligesom det måske havde været muligt at opnå et tydeligere klarsyn. Pga. ressourcer og tidsrammen blev dette dog fravalgt.

Perspektivering

I en kommunikationsafsøgende organisation som afdeling X er der et behov for hele tiden at potentialisere organisationen. Et større overblik over de forskellige kompetencer i afdelingen kan være med til at gøre planlægningen af måneds-og dagsprogrammet lettere og fordele ressourcer mere optimalt. Ligesom det potentielt kan være med til at optimere de forskellige arbejdsfunktioner og uddannelsen i afdelingen og på den måde skabe en gevinst i form af øget Public Value.

Først må ledelsen vurdere om ressourceforbruget på analysearbejdet står mål med den evt. gevinst. Herefter må en arbejdsgruppe på tværs af afdelingen etableres, da dette vil sikre en større legitimitet og opbakning til opgaven og ændringer. Arbejdsgruppen må vurdere om afdelingen har de nødvendige Produktive Capabilities, f.eks. i form af særligt IT-system, ligesom den hele tiden må have in mente, at dens vurderinger sker med en blindhed. Dernæst må det besluttes, hvilke funktioner der absolut må bemandes i dagsprogrammet og i hvilke rækkefølge. Deraf følger, at der bliver behov for at definere kompetencekrav til disse funktioner. Herefter må en systematiseret database etableres, som løbende opdateres med dokumentation af opnået kompetencer. Brug af systematiserede kompetencevurderingsredskaber vil nedsætte risikoen i forbindelse med kompetencevurderingerne. Det er en risiko, at strukturen bliver for omstændig i en travl hverdag, hvorfor dokumentationen af kompetencer bliver insufficient. Databaseværktøjet bliver ikke bedre end de data den fordres med. Til sidst må det revurderes om ændringerne vil føre til øget Public Value. Ellers må man afstå fra ændringerne eller gå med en mindre model. For bedst muligt at underbygge implementeringen af ændringerne må den overordnede strategi være justerbar.

Der er således et stort arbejde forbundet med ændringer af strukturer i afdelingen, hvis disse også skal øge Public Value. Ændringer begrænses af, at der i afdelingen må være kapacitet til behandling af akutte patienter. Ligesom kulturelle og sociale kontekster i afdelingen og samfundet kan have en betydning. Ofte vil max optimering blive trumfet af etik og irrationelle politiske beslutninger.

Aktuelt er der ikke afsat ressourcer i afdelingen til at kunne lave ovenstående analyse. Spørgsmålet bliver derfor, om ledelsen ser et potentiale i at investere disse ressourcer for at kunne besvare; Hvilke funktionssystemer skal dominere den potentialiserende kommunikationsafsøgende organisations jagt på optimering og skabelse af Public Value? Særligt når der ikke er en afkastgaranti på de investerede ressourcer.

Litteraturliste

- Agger, A. (2017). Ledelse i politisk styrede organisationer – med offentlig værdiskabelse for øje. I P. Aagaard, & A. Agger, *Ledelse i politisk styrede organisationer* (s. 63-85.). Hans Reitzel.
- Andersen, L. B., & Pedersen, L. H. (2014). *Styring og motivation i den offentlige sektor*. Jurist- og Økonomforbundet.
- Andersen, N. Å. (7. September 2020). Potentialization: loosening up relations between public organizations and societal function systems. *Management & Organizational History*.
- Andersen, N. Å., & Pors, J. G. (2014). *Velfærdsledelse, Mellem styring og potentialisering*. Hans Reitzels forlag.
- Andersen, N. Å., & Pors, J. G. (2018). *Niklas Luhmann*. Djøf Forlag.
- Andersen, N. Å., & Pors, J. G. (3. Juli 2022). Transformation and Potentialization: how to extend the present and produce possibilities. *Emerald Insight*.
- Bennington, J. (2009). Creating the Public In Order To Create Public Value;. *Int journal of Public Administration*, 32, s. 232-49.
- Bennington, J., & Moore, M. H. (2011). *Public Value, Theory & Practice*. Palgrave Macmillan.
- Borum, F., & Pedersen, A. R. (2008). *Fusioner, ledelse og fortællinger*. Djøf Forlag.
- Bryson, J., Sancino, A., Benington, J., & Sørensen, E. (2017). Towards a multi-actor theory of public value co-creation. *Public Management Review*, 19(5), s. 640-654.
- Coffey, A. (2014). Analysing Documents. I A. Coffey, *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (s. 367-379). London : SAGE Publications, Inc.
- DanmarksStatistik. (17. Februar 2021). *Nyt fra Danmarks Statistik*. Hentet fra Danmarks Statistik: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=32355>
- Espeland, W. N. (2001). Value-Matters. *Economic & Political Weekly*, 36(21), s. 1839-1845.
- Frankel, C., & Schmidt, K. (2013). I hvilke Forstand? I C. Frankel, & K. Schmidt, *HA Organisationsanalyse* (s. 56-64). København: Samfundslitteratur.
- Hansen, B. H. (21. August 2017). *Kommunernes Landsforening*. Hentet fra KL ANALYSENOTAT: <https://www.kl.dk/media/18575/udvikling-i-indlaeggelsesvarighed-for-somatiske-indlaeggelser.pdf>
- Hauge, A. M. (2016). The Organizational Valuation of Valuation Devices. Putting Lean whiteboard mangement to work in a hospital department. *Valuation Studies*, 4(2), s. 125-151.
- Høstrup, H., Schou, L., Poulsen, L., Larsen, S., & Lyngsø, E. (17. September 2009). *Vurdering Af Kvalitative Studier – VAKS*. Hentet fra DASYS.dk: <http://dasys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>
- Hermanowicz, J. C. (2002). The Great Interview: 25 Strategies for Studying People in Bed,. *Qualitative Sociology*, vol 25(4), s. 479-499.
- Heuts, F., & Mol, A. (2013). What Is a Good Tomato? A Case of Valueing in Practice. *Valuations Studies*, 1(2), s. 125-146.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse, syv traditioner*. Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (31. Oktober 2011). Conducting An Interview. I S. Kvale, *Doing Interviews* (s. 52-66). London: SAGE Publications, Ltd.
- Kvale, S. (2011). Planning An Interview Study. I S. Kvale, *Doing Interviews* (s. 34-50). London: SAGE Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). 2.del: De syv faser af en interviewundersøgelse. I S. Kvale, & B. Svend, *Interview, Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzel.
- La Cour, A., Waldorff, S. B., & Højlund, H. (2017). *Når teknologier holder mere, end de lover. Kritiske perspektiver på ledelse af velfærd*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Moore, M. (2000). Managing for value: Organizational Strategy in For-Profit, Nonprofit, and Governmental Organizations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 29(1), s. 183-204.
- Mouritsen, J. (2016). Fra virksomhed til tal og retur: Hvordan hænger økonomiske kendsgerninger og ledelsesmæssige hensyn sammen? I P. N. Bukh, & T. B. Kristensen, *Produktion og styring : Perspektiver på økonomistyringen* (s. 227-242). Djøf.
- Muller, J. Z. (2015). The cost of accountability. *The American Interest*, 11(1), s. 1-23.
- Porter, M. E. (March-April 1979). How competitive forces shape strategy. *Harvard Business Review*, s. 137-145.
- Prahalad, C. K., & Hamel, G. (May-June 1990). The Core Competence of the Corporation. *Harvard Business Review*, s. 79-90.
- Rasmussen, M., & Kristensen, L. (18. Januar 2019). *Analyse, Danmarks Statistik*. Hentet fra Danmarks Statistik: <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetAnalyse.aspx?cid=31651>
- Rennison, B. W. (2010). *Polyfon Ledelse*. Hentet fra Det Danske Ledelsesakademi: <http://www.det-danske-ledelsesakademi.dk/2010/Del%203.pdf>
- Rybirk, J. (2015). *Projektledeelse i politisk styrede organisationer*. Samfundslitteratur.
- Tække, J., & Paulsen, M. (2010). Luhmann and the media. *MedieKultur: Journal of media and communication research*, 26(49), s. 10.

- Tækker, J. (2007). *Introduktion til Luhmanns organisationsteori i lyset af hans almene systemteori*. Hentet fra Aarhus universitet; Oplæg til Antologien Luhmann og Organisation: <https://pure.au.dk/ws/files/17826254/2007c.pdf>
- Terry, G., Hayfield, N., Clarke, V., & Braun, V. (November 2017). Thematic Analysis. I G. Terry, N. Hayfield, V. Clarke, & V. Braun, *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.